Aus der Augenklinik der Universität Würzburg

Direktor: Professor Dr.Dr.h.c. W. Leydhecker

DIE UMFASSENDE AUFKLÄRUNG DER GLAUKOM- UND KATARAKTPATIENTEN VOR DER OPERATION

I N A U G U R A L - D I S S E R T A T I O N

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Klaus Löhr

aus Stuttgart

Würzburg, den 6. Mai 1982

Aus der Augenklinik der Universität Würzburg

Direktor: Professor Dr.Dr.h.c. W. Leydhecker

DIE UMFASSENDE AUFKLÄRUNG DER GLAUKOM- UND KATARAKTPATIENTEN VOR DER OPERATION

I N A U G U R A L - D I S S E R T A T I O N

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Klaus Löhr

aus Stuttgart

Würzburg, den 6. Mai 1982

Referent: Professor Dr. G. K. Krieglstein

Korreferent: Professor Dr. Dr. h. c. W. Leydhecker

Dekan: Professor Dr. K.-A. Bushe

Tag der mündlichen Prüfung: 8. Juli 1982

UNIV. LEIDEN BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg

Meinen Eltern

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543522_0035

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Einleitung	1
2.	Die Aufklärungspflicht des Arztes	3
2.1.	Juristische Anforderungen	3
2.1.1.	Der ärztliche Eingriff und die Aufklärungspflicht des Arztes	4
2.1.2.	Umfang der Aufklärung	7
2.1.3.	Form der Aufklärung und Einwilligung des Patienten	10
2.2	Der Patient im Krankenhaus	13
2.2.1.	Die Rolle des Patienten	13
2.2.2.	Die psychische Situation des Patienten vor der Operation	15
2.3.	Ärztliche Gesichtspunkte der Aufklärung	19
2.3.1.	Basisaufklärung und Vertrauen	19
2.3.2.	Aufklärung über Diagnose und Prognose	23
2.3.3.	Aufklärung vor einem operativen Eingriff	25
2.3.4.	Kriterien einer angemessenen präoperativen Aufklärung	30
2.4.	Die ärztliche Aufklärung in der medizinischen Forschung	32
2.4.1.	Patienten-Compliance	32
2.4.2.	Informationsbedürfnis der Patienten	35
2.4.3.	Zeitpunkt und Form der Aufklärung	37
2.4.4.	Umfang der mitgeteilten Informationen	40
2.4.5.	Wirkung der Aufklärung auf die Patienten	42
2.4.6.	Erinnerungsvermögen der Patienten und Verständnis der Informationen	44

3.	Praktische Ausführung der Aufklärung und Fragestellung der Arbeit	48
3.1.	Schriftliche Patienteninformationen vor der Katarakt- und Glaukomoperation	50
3.2.	Basisaufklärung des Patienten durch ein Informationsbuch	52
4.	Untersuchungsmethode	54
4.1.	Präoperative Aufklärung und Befragung	54
4.2.	Basisinformation in Form eines Buches	57
5.	Ergebnisse	59
5.1	Die Reaktion der Patienten auf die schriftliche präoperative Aufklärung bei Katarakt und Glaukom	59
5.1.1.	Subjektive Beurteilung der Befragten und durchschnittliche Aufklärungszeit	59
5.1.2.	Vorinformation, Bewertung der Aufklärung und Verbesserungsvorschläge der Patienten	60
5.1.3.	Ausführlichkeit der Aufklärung	61
5.1.4.	Zeitpunkt der Aufklärung	62
5.1.5.	Gewünschte Form einer Aufklärung	63
5.1.6.	Wirkung auf das seelische Befinden der Patienten	64
5.1.7.	Wirkung auf das Vertrauensverhältnis zum Arzt	65
5.1.8.	Erinnerungsvermögen und Verständnis	66

5.2.	Die Reaktion der Patienten auf eine Basis-information in Form eines Buches bei Glaukom	68
5.2.1.	Vorinformation der Patienten und allgemeines Interesse an einer Buchinformation	68
5.2.2.	Verständlichkeit und Ausführlichkeit des Buchtextes	69
5.2.3.	Wirkung auf die Krankheitsbewältigung der Patienten	69
5.2.4.	Wirkung auf das Arzt-Patienten-Verhältnis	70
5.2.5.	Erinnerungsvermögen und Verständnis	70
6.	Abschließende Diskussion der Ergebnisse	73
6.1.	Schriftliche präoperative Aufklärung bei Katarakt und Glaukom	73
6.2.	Basisinformation durch ein Buch bei Glaukom	79
6.3.	Die Stufenaufklärung als umfassendes Aufklärungskonzept	81
6.4.	Weiterführende Fragen	83
7.	Zusammenfassung	88
8.	Literaturverzeichnis	91

A n h a n g

Abbildungen 1 - 4

Tabellen 1 - 17

1. Einleitung

Das Problem einer angemessenen Aufklärung des Patienten während seiner Behandlung und insbesondere vor einem operativen Eingriff wird von Ärzten, Soziologen, Psychologen und Juristen diskutiert. Die rasch zunehmende Technisierung und Spezialisierung der ärztlichen Tätigkeit machen es immer schwieriger, aber auch immer notwendiger, daß der Patient kooperativ bei den diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in der Klinik mitwirkt. Nur dann ist eine Mitarbeit zu erwarten, wenn der Kranke etwas von seiner Krankheit weiß. Der Mangel an "Compliance" ist oft durch eine ungenügende Aufklärung durch den Arzt verursacht. Ärztliche Aufklärungsschriften sparen dem in der Klinik tätigen Arzt viel Zeit und schaffen ihm verständnisvoll mitarbeitende Kranke, die Gesprächspartner und nicht nur Weisungsempfänger sind. Eine kooperative Mitarbeit des Patienten erfordert auch die Herstellung einer vorurteilsfreien Beziehung und eines Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Arzt, das aber heute nicht mehr auf dem "unbeirrbaren Glauben" des Patienten an die Heilkunst des Arztes, sondern immer mehr auf der Information des Patienten über seine Krankheit beruht.

An der Universitäts-Augenklinik Würzburg werden bei Standardoperationen, wie es die Katarakt- und Glaukomoperationen mit über 1.000 bzw. rund 400 Eingriffen pro Jahr heute darstellen, alle Patienten in schriftlicher Form über Art, Risiken und Folgen des Eingriffs aufgeklärt. Diese schriftliche präoperative Aufklärung wird am besten den juristischen Anforderungen und den praktischen Gegebenheiten in einer großen Klinik gerecht.

Das Glaukom stellt im Gegensatz zur Katarakt in der Regel ein wesentlich komplexeres Krankheitsbild dar, bei dem eine Operation nur in bestimmten Fällen, oft nach einer langjährigen konservativen Therapie, notwendig wird. Um dabei eine kooperative Mitarbeit zu ermöglichen, erhalten die Glaukompatienten bei der ersten stationären Behandlung ein Merkblatt mit praktischen Hinweisen zur medikamentösen Behandlung und zur Lebensweise. Besonders interessierte Patienten können sich anhand eines kleinen Buches ausführlich über alle wichtigen Gesichtspunkte ihrer Krankheit informieren.

Die vorliegende Arbeit stellt sich zur Aufgabe, die Reaktionen der Patienten auf eine schriftliche präoperative Aufklärung bei Katarakt und Glaukom und auf eine Basisinformation für Glaukomkranke in Buchform herauszufinden. Dazu wird nach einem Überblick über die Grundlagen der ärztlichen Aufklärungspflicht und über die Ergebnisse der medizinischen Forschung ein umfassendes Aufklärungskonzept für Katarakt- und Glaukomkranke in der Klinik entwickelt. In zwei getrennten Befragungen werden dann die Reaktionen der Patienten auf die schriftliche präoperative Aufklärung und auf das Informationsbuch erfaßt. Dazu wurde nach den Wünschen der Patienten bezüglich Form, Zeitpunkt und Umfang der Aufklärung, nach den Auswirkungen auf den seelischen Zustand der Patienten und auf das Vertrauensverhältnis zum Arzt und schließlich nach dem Verständnis der Aufklärungstexte und nach dem Erinnerungsvermögen an wesentliche Aufklärungsinhalte gefragt. Am Ende dieser Arbeit steht ein Aufklärungskonzept für Katarakt- und Glaukomkranke, das sowohl den juristischen, medizinischen und praktischen Anforderungen, als auch den Erwartungen und der Aufnahmebereitschaft der Patienten entspricht. Die Ergebnisse der Befragungen können auch bei der Aufklärung von Patienten mit anderen Krankheiten und Operationen berücksichtigt werden.

2. Die Aufklärungspflicht des Arztes.

2.1. Juristische Anforderungen.

Das Problem der Pflicht zur Aufklärung bei ärztlicher Konsultation und Heilbehandlung ist juristisch gesehen verhältnismäßig jungen Datums.[1] Einerseits fehlt bisher eine verbindliche gesetzliche Regelung der Aufklärungspflicht des Arztes - genaue, verläßliche Richtlinien, aus denen der Arzt mit Sicherheit entnehmen kann, was im einzelnen Fall dem Patienten alles gesagt werden muß, kann die Rechtsprechung nicht liefern -;[2] andererseits kann die "Nichterfüllung der Aufklärungspflicht" sowohl zu einem strafrechtlichen Tatbestand für den Arzt führen, wie auch zu einem zivilrechtlichen Schadensersatzprozeß.[3] Grundlegend für die gesamte juristische Diskussion in den letzten zwanzig Jahren über die Aufklärungspflicht des Arztes ist das Gutachten

---

1) vgl. Engisch, K.: Heileingriff und ärztliche Aufklärungspflicht. In Engisch, K.; Hallermann, W.: Die ärztliche Aufklärungspflicht aus rechtlicher und ärztlicher Sicht. Köln, Berlin, Bonn, München 1970, S. 7.

2) vgl. Bockelmann, P.: Aufklärungspflicht des Arztes aus juristischer Sicht. Z. Orthop. 115, 419-426 (1977).

3) vgl. Engisch: Heileingriff ..., S. 9.

von E. SCHMIDT für den 44. Deutschen Juristentag, 1962, das sich mit der gesetzlichen Regelung der Aufklärungspflicht befaßt.[1] Umfassende Darstellungen der straf- und zivilrechtlichen Bestimmungen finden sich bei KLEINEWEFERS 1962, GEILEN 1963, GRÜNWALD 1966, HINDERLING 1966, BOCKELMANN 1968, KOHLHAAS 1969, BAUR 1977, ROESCH 1978, GRAMBERG-DANIELSEN 1978, SPANN 1979, TEMPEL 1980.[2]

2.1.1. Der ärztliche Eingriff und die Aufklärungspflicht des Arztes.

Nach BOCKELMANN[3] ist jeder ärztliche Eingriff gemäß der völlig einmütigen Auffassung der Judikatur eine Körperverletzung gemäß § 223 StGB. Zivilrechtlich haftet der Arzt nach § 823 BGB auf Schadenersatz. Jeder Eingriff ohne rechtskräftige Einwilligung des Patienten ist eine Verletzung des Rechts auf körperliche Unversehrtheit nach Artikel 2, Abs. 2 GG.

Um den ärztlichen Eingriff zu rechtfertigen und den Tatbestand der Körperverletzung aufzuheben, benötigt der Arzt die wirksame Einwilligung des Patienten. Die Einwilligung muß, um wirksam zu sein, bestimmten Anforderungen genügen:[4]

---

1) Schmidt. E.: Empfiehlt es sich, daß der Gesetzgeber die Fragen der ärztlichen Aufklärungspflicht regelt? Gutachten für den 44. Deutschen Juristentag (Hannover 1962). Tübingen 1962.

2) siehe Literaturverzeichnis

3) Bockelmann, P.: Strafrecht des Arztes, Stuttgart 1968, S. 50.

4) vgl. ebenda, S. 54.

Der Patient muß seine Einwilligung zu dem geplanten Eingriff ausdrücklich äußern und dem Arzt gegenüber bekanntgeben. Die Einwilligung muß sich auf den speziellen Eingriff erstrecken und zum Zeitpunkt des Eingriffs noch vorhanden sein. Hat sich der Kranke über den Inhalt seiner Erklärung geirrt, hat er nicht verstanden, daß und wofür er seine Einwilligung gegeben hat, so wird die Einwilligung unwirksam. Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt auch die erforderliche Einsicht und Willensfähigkeit beim Kranken voraus, deren sich der Arzt im jedem einzelnen Fall vergewissern muß. Die Einwilligung des Patienten besteht in der Regel in der wirklichen Einwilligung, d.h. in einer persönlichen Äußerung des Patienten oder aber ausnahmsweise in der mutmaßlichen Einwilligung, wenn ein Notfall vorliegt und der Patient nicht mehr ansprechbar ist.[1] Die Einwilligung als Rechtfertigungsgrund für den ärztlichen Eingriff deckt nur den kunstgerechten Eingriff und dient nur dem Arzt oder der Gruppe von Ärzten, dem oder der sie erteilt worden ist.

Die wichtigste Anforderung an eine wirksame Einwilligung des Patienten besagt, daß der Patient die Einwilligung "auf Grund richtiger Einsicht" in alle Umstände erteilt hat, die seine Entscheidung für oder gegen die Operation beeinflussen könnten.

> "Nur wenn sie frei von Irrtümern zustande gekommen ist, erscheint sie als ein Akt freier Selbstbestimmung, und nur als ein solcher entfaltet sie die Wirkung eines Rechtfertigungsgrundes. Hieraus erfolgt die Aufklärungspflicht des Arztes."2)

---

1) vgl. auch Engisch: Heileingriff ..., S. 10.

2) vgl. Bockelmann: Strafrecht ..., S. 57.

ENGISCH begründet die Aufklärungspflicht des Arztes und gibt gleichzeitig den Umfang einer Aufklärung an, die zu einer juristisch wirksamen Einwilligung notwendig ist.

> "In einen Eingriff einwilligen kann ich nur, wenn ich mir über die Bedeutung und die Tragweite, vor allem auch über die Risiken, die mit ihm verbunden sind, im klaren bin. Bevor ich überhaupt in einen Eingriff einwillige, will ich auch wissen, ob und warum der Eingriff notwendig ist, welche Gefahren mit ihm verknüpft sind und welche Chancen er bietet, die Körperschäden und leiblichen Gefahren abzuwenden, um derentwillen ich mich in die ärztliche Behandlung begeben habe. (...). Nur mit diesem Wissen ist sie eine irrtumsfreie und somit wirksame Einwilligung."1)

Betrachtet der Arzt die Aufklärungspflicht nur unter dem Gesichtspunkt der Aufhebung des Tatbestandes der Körperverletzung, so kann er wirklich von einer "Aufklärungslast"[2] sprechen. Eine "echte Aufklärungspflicht" ergibt sich auch aus dem Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Patient, etwa bei therapeutischen Maßnahmen, die durch ein bestimmtes Verhalten und durch die Einsicht des Patienten verbessert oder erst möglich gemacht werden.[3]

Ein weiterer juristischer Gesichtspunkt für die Aufklärungspflicht des Arztes ist die "Methodenfreiheit". Der Arzt ist "nicht verpflichtet, sich nach dem jeweiligen Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft zu richten..."[4]

---

1) Engisch: Heileingriff ..., S. 11.

2) ebenda, S. 12.

3) vgl. Geilen, G.: Einwilligung und ärztliche Aufklärungspflicht. Bielefeld 1963, S. 80.

4) Bockelmann: Aufklärungspflicht ...

Eine prinzipielle Aufklärungspflicht dient deshalb dem Schutz des Patienten, der vor dem Eingriff mögliche Risiken und Folgen abwägen soll, und dem Schutz des Arztes, der nach dem Eingriff vorweisen kann, was er dem Patienten über Risiken und Folgen der Operation gesagt hat.

2.1.2. Umfang der Aufklärung.

Bei der Bestimmung des Umfangs der Informationen, die der Arzt dem Patienten vor der Operation mitteilen muß, geht der Gesetzgeber vom "Aufklärungsbedürfnis des verständigen Patienten" aus. Der Maßstab der Verständigkeit ergibt sich aus den "allgemeinen Lebensanschauungen". Kennzeichen der Verständigkeit des Patienten ist zunächst ein "Fundament freilich laienhaften Wissens über medizinische Dinge", weiterhin die Fähigkeit des Patienten zu rationalem Entschluß vor einer Operation, d.h.

> "weder im Fürchten noch im Hoffen zu übertreiben, vom Aberglauben an die Allmacht der medizinischen Wissenschaft ebenso frei zu bleiben wie vom Aberglauben an die Übermacht des Wunderdoktors, ...".1)

Unter diesen Voraussetzungen ist der Patient in der Lage, "eine selbständige und unbeeinflußte Entscheidung"[2] darüber zu fällen, ob er den geplanten Eingriff bewilligen will oder nicht. Weicht der Patient in der subjektiven Beurteilung durch den Arzt von diesem Bild des "verständigen Patienten" ab, so hat der Arzt, mit Rücksicht auf das Selbstbestimmungsrecht, gegebenenfalls die Pflicht, auf die individuellen Ansprüche und Voraussetzungen des einzelnen Patienten einzugehen.

---

1) vgl. Bockelmann: Strafrecht ..., S. 57 ff.

2) Bockelmann: Aufklärungspflicht ...

Was den Inhalt der Aufklärung anbetrifft, so hat der Arzt dem Patienten den aktuellen Befund mit der Notwendigkeit des Eingriffs, die Art des Eingriffs mit seinen Chancen und Risiken und andere in Frage kommende Behandlungsmöglichkeiten mitzuteilen. Die Einsicht in die Notwendigkeit des Eingriffs wird in erster Linie durch die Eröffnung des Befundes vermittelt, "der Kranke hat einen Anspruch darauf, über die Natur seines Leidens unterrichtet zu werden"[1]. Gegenstand der Einwilligung ist der spezielle Eingriff mit seinen Chancen und Risiken. Zur Bestimmung der Risiken gebraucht die Rechtsprechung den Begriff der "typischen Gefahren". Typische Gefahren werden einerseits dadurch bestimmt, ob sie für eine bestimmte Operation spezifisch sind[2], andererseits durch die Häufigkeit, mit der sie auftreten können.[3] Der Arzt braucht also nicht über allgemeine, mit jedem Eingriff verbundene Gefahren aufzuklären. Inhaltlich sind typische Gefahren dadurch gekennzeichnet, daß der Patient ihnen für seinen Entschluß eine Bedeutung beimißt, oder daß sie bei vernünftiger Betrachtung für seine Entscheidung eine Rolle spielen können.[4] Eine genaue Festlegung, ab welcher Häufigkeit in Prozentzahlen über eine Komplikation aufgeklärt werden muß, ist nicht möglich.

> "Erst dort ist die Grenze der Aufklärungspflicht erreicht, wo man sich sagen darf, daß die Nennung einer ganz außergewöhnlichen, wenn auch nicht völlig ausgeschlossenen Komplikation auf die Entscheidung des Kranken keinen maßgeblichen Einfluß ausüben kann."5)

---

1) Engisch: Heileingriff ..., S. 24.

2) vgl. ebenda, S. 29.

3) vgl. Bockelmann: Strafrecht ..., S. 60.

4) vgl. auch Engisch: Heileingriff ..., S. 31.

5) Bockelmann: Aufklärungspflicht ...

Der Umfang der Aufklärung wird auch nach juristischen Gesichtspunkten von verschiedenen Faktoren begrenzt. Von der Seite des Patienten her braucht nicht aufgeklärt zu werden, wenn er bewußt auf die Aufklärung verzichtet. Auch wird das Maß der Aufklärung eingeschränkt durch die psychische Belastung, die die Eröffnung einer Diagnose, verbunden mit Risiken des Eingriffs, auf den Patienten ausübt. Bei der Art des Eingriffs gilt der Grundsatz, "daß das Maß der Genauigkeit, mit der aufgeklärt werden muß, im umgekehrten Verhältnis zu dem Maß der Dringlichkeit steht, mit der die Operation indiziert ist."[1] ENGISCH[2] faßt unter dem Schlagwort "Relativität" bei der Aufklärung folgende Punkte zusammen: Das Maß der Aufklärung hängt von der "Person des Patienten, seiner Aufklärungsbedürftigkeit, seiner Urteilsfähigkeit," und seiner "seelischen Standfestigkeit" ab. Es wird größer mit der Bedeutsamkeit der Gefahr des operativen Eingriffs und kleiner mit dessen Dringlichkeit. Die Aufklärungspflicht kann im Falle eines Notstandes aufgehoben werden. Dabei kann der Arzt mit der "mutmaßlichen Einwilligung"[3] des Patienten rechnen und auf eine direkte Aufklärung verzichten.

---

1) vgl. Bockelmann: Strafrecht ..., S. 59.

2) Engisch: Heileingriff ..., S. 33 ff.

3) vgl. auch Bockelmann: Strafrecht ..., S. 61.

2.1.3. Form der Aufklärung und Einwilligung des Patienten.

Bei der praktischen Ausführung der Aufklärung in der Klinik stellen sich von juristischer Seite zwei Hauptfragen: Wie werden die Informationen den Patienten mitgeteilt, und wie wird eine erfolgte Aufklärung dokumentiert? WEISSAUER[1] geht von der Tatsache aus, daß im Zweifelsfall, d.h. im Schadensersatzprozeß, der Arzt die wirksame Einwilligung des Patienten beweisen muß; auch aus zeitlichen Gründen schlägt er für die klinische Praxis eine Stufenaufklärung vor mit einer Aufklärungsbroschüre als Basisaufklärung, einem Aufklärungsgespräch kurz vor der Operation und einer abschließenden schriftlichen Einwilligungserklärung des Patienten. Diese Stufenaufklärung stellt einen Kompromiß dar zwischen einer unärztlichen anonymen Totalaufklärung und einer zeitaufwendigen rein individuellen Aufklärung. Begleitet werden solche Stufenaufklärungen durch eine kleine Dokumentation, in der der Patient zunächst den Erhalt der Aufklärungsbroschüre bestätigt, und an deren Schluß die schriftliche Einwilligungserklärung des Patienten steht. Eine Basisaufklärung in Form einer Broschüre kommt auch der Forderung von ENGISCH[2] entgegen, der die Frage aufwirft, ob es dem Patienten nicht zuzumuten sei, von sich aus "Fragen an den Arzt zu stellen und Aufklärung zu fordern". Der Patient bestimmt dann den Umfang und die Genauigkeit der Informationen, je nach sei-

---

1) Weissauer, W.: Aufklärungspflicht des Chirurgen. Langenbeck Arch. Chir. 345, 471-476 (1977).

2) Engisch: Heileingriff ..., S. 23.

ner ängstlichen Erwartungshaltung, weitgehend selbst. Diese Forderung setzt jedoch ein Basiswissen voraus, auf dessen Grundlage der Patient entsprechende Fragen stellen kann.

In einer Auswertung von ca. 100 Schadensersatzprozessen bei verschiedenen Augenoperationen in den USA kommt BETTMAN[1] zu dem Ergebnis, daß bei ca. 25 % der Fälle eine fehlende oder unzureichende Aufklärung ("informed consent") als Hauptgrund zur Anklage führte. Bei weiteren 10 % war eine mangelhafte Dokumentation der Krankengeschichte ausschlaggebend für einen Prozeß. Aufgrund dieser Erkenntnisse fordert er vor jedem operativen Eingriff eine umfassende Information des Patienten in einer für den Laien leicht verständlichen Form und zu einem frühen Zeitpunkt, wenn möglich vor der stationären Aufnahme. Der Operateur solle persönlich das Aufklärungsgespräch führen, gegebenenfalls unter Zuhilfenahme von Merkblättern, Tonbändern, o.ä.. Unbedingt erforderlich sei jedoch das persönliche Gespräch mit der Möglichkeit für den Patienten, noch offene Fragen zu stellen. Zur Dokumentation genüge der Vermerk des Arztes im Krankenblatt mit dem Hinweis, was er dem Patienten alles mitgeteilt hat. Eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten sei nicht notwendig und führe eher zu einer Verunsicherung.[2]

---

1) vgl. Bettman, J.W.: Ophthalmology: The Art, The Law, and A Bit of Science. Birmingham, Alabama, USA 1977, S. 79.

2) vgl. ebenda, S. 20 ff.

BOCKELMANN[1] lehnt eine Aufklärungsbroschüre ab, weil eine solche schriftliche Patienteninformation einerseits zu sehr schematisiert und zu wenig auf die Besonderheiten im Einzelfall eingeht, und andererseits keine Gewähr dafür besteht, daß der Patient die Broschüre wirklich liest und noch weniger, daß er sie versteht. Auch sei eine schriftliche Bestätigung des Patienten, daß er gehörig oder vollständig aufgeklärt worden sei, praktisch wertlos, weil sie keine Auskunft über das tatsächlich Gesagte gebe. Statt dessen empfiehlt er eine mündliche Aufklärung durch den Operateur persönlich unter Hinzuziehung eines Kollegen als Zeugen, der in der Krankengeschichte einen protokollartigen Vermerk über die aufklärenden Mitteilungen gegenzeichnet.

---

1) vgl. Bockelmann: Aufklärungspflicht ...

2.2. Der Patient im Krankenhaus.

2.2.1. Die Rolle des Patienten.

Der Patient, der aus seinem gewohnten sozialen Umfeld ins Krankenhaus kommt, übernimmt eine von der Institution und der in ihr tätigen Berufsgruppen bestimmte Rolle. Die Übernahme der Patientenrolle bedeutet "die Anerkennung des Krankheitszustandes als unerwünscht und die der Institution als kompetentes Handlungssystem."[1] Der Patient unterwirft sich den Weisungen dieses Systems, das darauf aus ist, das Maß und die Art zulässiger Aktivität auf Seiten des Patienten zu bestimmen. HALLERMANN[2] beschreibt die Aufnahme des Patienten ins Krankenhaus als Isolierung von der Außenwelt, als soziale Entwurzelung und als Ausgeliefertsein "einer manchmal doch recht strengen Klinikordnung." Der beschriebene Statusverlust führt zur Rolle des hilflosen Patienten.

> "Der Patient gibt sich wie ein Kind in die Hand des Arztes, läßt alles mit sich machen und fügt sich vielfach auch den Dingen, von denen er nicht versteht, warum sie sein müssen."3)

Ein weiteres belastendes Moment der Situation im Krankenhaus ist die "Restriktion der Kommunikation, sowohl hinsichtlich Häufigkeit als auch im Hinblick auf ihre Inhalte."[4]

---

1) vgl. Rohde, J. J.: Soziologie und Sozialpsychologie des klinischen Bereichs.
In: Schraml, W. J.: Klinische Psychologie.
Stuttgart, Wien 1970, S. 65.

2) Hallermann, W.: Die ärztliche Aufklärungspflicht aus medizinischer Sicht.
In: Engisch, Hallermann: Die ärztliche Aufklärungspflicht ..., S. 53.

3) ebenda, S. 53.

4) Rohde: Soziologie und Sozialpsychologie..., S. 66.

Nach soziologischen Untersuchungen gilt für den Begriff des "guten Patienten" noch weitgehend der Umstand, daß er den Arzt nur bemüht, wenn etwas los ist und wenn er etwas tun muß; nicht aber, um Auskünfte zu erlangen, oder daß der Arzt Fragen stellt und der Patient nur redet, wenn er gefragt wird bzw. entsprechend den Erwartungen an ihn etwas Wichtiges mitzuteilen hat, und daß die Ärzte ohnehin keine erschöpfenden Erklärungen geben.[1] FINZEN leitet aus dieser "Kommunikationslücke" zwischen Arzt und Patient das Informationsbedürfnis des Patienten ab.

> "Er möchte vor allem gesund werden. Aber er möchte auch wissen, was ihm fehlt.(...) Da der Arzt über ein Monopol an medizinischen Kenntnissen verfügt, der Patient sich also an niemanden sonst wenden kann, muß der Arzt diesem Wunsch nachkommen. Als mündiger Erwachsener hat der Kranke einen Anspruch darauf, seine Entscheidungsfreiheit im Rahmen des Möglichen zu bewahren. Dazu bedarf er aber der sachverständigen Informationen und Ratschläge des Arztes. Nur seine Pflicht, darüber zu wachen, daß dem Kranken nicht durch die Aufklärung zusätzlicher Schaden zugefügt wird, darf den Arzt daran hindern, der Bitte um Auskunft Folge zu leisten."2)

Der Kontakt mit dem erklärenden und erläuternden Arzt im Krankenhaus ist für den Patienten eine Art von "Lebensmittel"[3]. Die mangelnde Aufklärungsfreudigkeit vieler Ärzte ist in hohem Maße für das Gefühl der Verlorenheit des Kranken verantwortlich. Das Argument, die Patienten würden die Erklärungen der Ärzte nicht verstehen, ist wenig stichhaltig, da die Ärzte in der

---

1) vgl. Rohde, J. J.: Soziologie des Krankenhauses. Stuttgart 1962, S. 408.

2) Finzen, A.: Arzt, Patient und Gesellschaft. Medizin in Geschichte und Kultur, Band 10. Stuttgart 1969, S. 120.

3) vgl. Rohde: Soziologie des Krankenhauses..., S. 407.

Lage sein müssen, sich für jedermann verständlich auszudrücken, insbesondere dem Patienten gegenüber.[1] Nach ZANDER[2] sind zahlreiche Konfliktsituationen zwischen Arzt und Patient auf eine unzureichende oder nicht richtig verstandene Aufklärung zurückzuführen.

2.2.2. Die psychische Situation des Patienten vor der Operation.

Neben der dargestellten Kommunikationslücke und dem daraus folgenden Informationsbedürfnis ist es vor allem die seelische Anspannung der Patienten, insbesondere vor einem operativen Eingriff, die die Situation im Krankenhaus kennzeichnet. WIECK [3] beschreibt die Besonderheiten der präoperativen Situation im Krankenhaus durch die Faktoren Kranksein überhaupt, Klinikaufenthalt, bevorstehende Operation und geplante anästhesiologische Maßnahmen. Als besondere psychische Reaktionen können sich "im Erleben des Patienten Bedenken, Zweifel an den ärztlichen Maßnahmen, Sorgen, ängstliche Gefühle oder sogar Hoffnungslosigkeit bemerkbar machen." Nach Untersuchungen von GALSTER und DRUSCHKY[4] an 122 Patienten der Chirurgischen Universitäts-Klinik Erlangen gaben 86 % der Patienten

---

1) vgl. Finzen: Arzt, Patient und Gesellschaft..., S. 122.

2) Zander, J.: Arzt und Patient. Erwartungen und Wirklichkeit. In: Zander, J. (Hrsg.): Arzt und Patient, Erwartungen und Wirklichkeit. Düsseldorf 1976, S. 23.

3) Wieck, H. H.: Die psychische Führung des Patienten aus nervenärztlicher Sicht.
In: Rügheimer, E. (Hrsg.): Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Wiederbelebung, Erlangen Oktober 1974. Erlangen 1975, S. 185 ff.

4) Galster, J. V.; Druschky, K. F.: Bedingungen für Indikatorfragen zur Einschätzung des Patientenverhaltens. Ein Versuch der Quantifizierung der präoperativen psychischen Situation des chirurgischen Patienten.
In: Rügheimer: Jahrestagung ..., S. 196 ff.

an, Angst vor der Operation zu haben, davon empfanden 26 % starke bis sehr starke Angst. Geschlechtsspezifisch zeigten Frauen signifikant stärkere Angst als Männer, und nach einer Angabe von WIECK [1] sind hochängstliche Patienten signifikant weniger intelligent als Kranke mit einer geringen Ängstlichkeit. Ein präoperatives Angstgefühl zeigt sich nach GALSTER und DRUSCHKY[2] in Befindensstörungen und Beschwerdeangaben, die alle mit dem Angstniveau ansteigen. In einer Faktorenanalyse finden sie drei Faktoren heraus, die für den präoperativen psychischen Zustand des Patienten charakteristisch sind:

- Einen Angstfaktor mit den Variablen Operationsangst, Sorge um die Operation, gedankliche Beschäftigung mit der Operation, allgemeine Angst und Empfindlichkeit.

- Einen Faktor der psychovegetativen Allgemeinstörung mit den Variablen psychovegetative Labilität, Introversion, Befindlichkeit und Beschwerden.

- Einen Faktor der Verminderung der geistigen Differenzierungsfähigkeit.

In einer Studie über den seelischen Zustand von Patienten vor Herzoperationen[3] äußerten fast alle Patienten Angst

---

1) Wieck, H. H.: Probleme der psychischen Führung des chirurgischen Patienten: Angst-Befindens-Diagramme. Med. Welt 26, 849-855 (1975).

2) vgl. Galster, Druschky: Bedingungen für Indikatorfragen ...

3) Rakoczy, M.: The thoughts and feelings of patients in the waiting period to cardiac surgery: A descriptive study. Heart and Lung 6, 280-287 (1977).

vor einem Gefühl der Hilflosigkeit nach der Operation, vor einer möglichen Verschlechterung des Zustands, vor der Schwierigkeit des Eingriffs und vor einem möglicherweise tödlichen Ausgang. Obwohl diese Ergebnisse abhängig sind von der Art der Krankheit und des operativen Eingriffs und nicht generell für andere Operationen gültig sind, geben sie Hinweise für allgemeine präoperative Befindenszustände der Patienten.

Bei genauerer Untersuchung der inneren Gegebenheiten des Kranken vor der Operation unterscheidet WIECK[1] feste Charakterstrukturen, Intelligenz und Bildungsgrad von der gegenwärtigen seelisch-geistigen Verfassung und den Erlebnisreaktionen des Patienten. In ähnlicher Weise läßt sich nach SPIELBERGER[2] die Angst des Patienten unterscheiden in Angst aufgrund einer momentanen Situation oder eines bevorstehenden Ereignisses ("State anxiety") und in Angst als Bestandteil einer charakterlichen und psychischen Grundstruktur ("Trait anxiety"). In einer Auswertung von Angstfragebogen, die die Angst des Patienten vor größeren chirurgischen Operationen untersuchen,[3] konnte gezeigt werden, daß kurz vor einer Operation die "State anxiety" signifikant anstieg. Die unmittelbare präoperative Angst der Patienten ist umso größer, je ängstlicher sie in ihrer psychischen Grundstruktur ("Trait anxiety") sind. Ähnliche Ergebnisse, wonach die Ängstlich-

---

1) Wieck: Die psychische Führung des Patienten ...

2) Spielberger, C. D.: Theory and research on anxiety. In: Spielberger, C. D.(Ed.): Anxiety and behavior. New York 1966.

3) Spielberger, C. D.; Auerbach, S. M.; Wadsworth, A. P.; Dunn, T. M. and Taulbee, E.: Emotional reaktions to surgery. Journal of Consulting and Clinical Psychology 40, 33-38 (1973).

keit der Patienten am Tag der Operation oder kurz zuvor am größten ist, liefern WOLFER ET AL.[1] und JOHNSON ET AL.[2]

Ängstliche Gefühle vor einem operativen Eingriff sind nach übereinstimmenden Ergebnissen bei fast allen Patienten in unterschiedlichem Ausmaß festzustellen. Aus diesem seelischen Befinden ergibt sich das Bedürfnis der Patienten nach emotionaler Zuwendung; eine präoperative Aufklärung muß diesen Gefühlszustand der Patienten berücksichtigen und demnach zum Ziel haben, die Ängste und Sorgen der Patienten abzubauen. MAIWALD[3] stellt bezüglich des Gefühlszustands der Patienten im Krankenhaus und den daraus folgenden Bedürfnissen fest,

> ..."daß bei allem Interesse des heutigen Patienten an sachgerechter Hilfe von ihm Persönlichkeitseigenschaften des Arztes wie Hilfs- und Gesprächsbereitschaft, Informationswilligkeit, Führungsgabe, menschliches Verständnis, Verschwiegenheit und nicht zuletzt das Vermögen, auf individuelle Beschwerden des Patienten einzugehen, also Grundvoraussetzungen uralter Medizin, auch heute fast noch höher geschätzt werden als medizinisch-technische Fertigkeit."

Die juristische Aufklärungspflicht und die Rolle bzw. die psychische Situation des Patienten im Krankenhaus stellen wesentliche Voraussetzungen dar für die nun folgende Darlegung der ärztlichen Gesichtspunkte der Aufklärung.

---

1) Wolfer, J. A.; Davis. C. E.: Ascessment of surgical patients' preoperative emotionel condition and postoperative welfare. Nurs. Res. 19, 402-414 (1970).

2) Johnson, J. E.; Dabbs, J. M. jr.; Leventhal, H.: Psychosocial faktors in the welfare of surgical patients. Nurs. Res. 19, 18-29 (1970).

3) Maiwald, L.: Hoffnungen durch die moderne Medizin - Erwartungen des Patienten.
In Zander: Arzt und Patient ..., S. 40.

2.3. Ärztliche Gesichtspunkte der Aufklärung.

Die oberste Pflicht jeglichen ärztlichen Handelns verlangt vom Arzt, "allen möglichen Schaden von dem Patienten abzuwenden und alles zu unterlassen, was die vom Patienten erstrebte Heilung ungünstig beeinflussen könnte."[1] ENGISCH[2] formuliert die "goldene Regel" der ärztlichen Tätigkeit, "nach welcher man dem Anderen nicht zumuten soll, was man selbst nicht erleiden möchte,...". Nach der dargestellten Situation des Patienten vor einem operativen Eingriff im Krankenhaus ist es bei der Aufklärung des Patienten die Pflicht des Arztes, einerseits durch den Inhalt der Informationen einen mündigen Patienten zu schaffen, der kooperativ bei der Behandlung seiner Krankheit mitarbeiten kann, andererseits durch die Art, wie die Informationen vermittelt werden, die Ängste und Spannungen des Patienten vor der Operation abzubauen. Das umfassende Ziel der Aufklärung aus ärztlicher Sicht ist also die Herstellung einer Patientenbeziehung, die sowohl das Wissen des Patienten um seine Krankheit, als auch das Vertrauen in die Behandlung des Arztes umfaßt.

2.3.1. Basisaufklärung und Vertrauen.

Die Erwartungen der Patienten an das Arzt-Patientenverhältnis haben sich mit der Veränderung der Medizininhalte und mit einer zunehmenden allgemeinen Aufklärung unserer Gesellschaft grundlegend geändert. Die Patienten haben ein größeres Informationsbedürfnis, und den Ärzten kommt damit eine erhöhte Verantwortung in der Informationspflicht zu.

---

1) Hallermann: Die ärztliche Aufklärungspflicht ..., S. 46.

2) Engisch: Heileingriff ..., S. 41.

Der Arzt kann sich nicht mehr nur auf seine ärztliche Autorität berufen und dem Patienten auf entsprechende Fragen mehr oder weniger unverbindliche Antworten geben. Die Patienten haben dem Arzt gegenüber ein "kritischeres Bewußtsein" entwickelt.[1)]

Der Patient von heute verfügt über ein medizinisches Basiswissen, das ihm durch verschiedene öffentliche Informationsmittel, aber auch durch die "vorangegangene oder auch gleichzeitige Aufklärung durch einen oder mehrere Ärzte" vermittelt wird.[2)] Ein so vorinformierter Patient stellt oft übersteigerte Erwartungen an den Arzt bezüglich einer Heilung seiner Beschwerden auf ausschließlich medikamentös-technische Weise und verschließt sich "der unmittelbaren Einwirkung des Arztes, z. B. seinem informierenden Gespräch".[3)] Auch kann eine solche Vorinformation statt zur Mündigkeit leicht zu einer Fehleinschätzung der eigenen Krankheit führen, wobei dem Arzt die Aufgabe zukommt, Mißverständnisse und Vorurteile abzubauen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer sachlich richtigen Basisinformation des Patienten durch den Fachmann Arzt.

> "Die Basisaufklärung mit dem Ziel einer Erziehung zum sogenannten mündigen Patienten scheint heute unerläßlich. Sie kommt den Wünschen vieler Menschen entgegen, die nicht nur ein Sensationsbedürfnis befriedigen, sondern als potentielle Patienten vorbereitet sein wollen für das Gespräch mit ihrem Arzt."4)

---

1) vgl. Zander: Arzt und Patient..., S. 22 ff.

2) vgl. Friedebold, G.: Aufklärungspflicht des Arztes aus ärztlicher Sicht. Z. Orthop. 115, 426-431 (1977).

3) vgl. Maiwald: Hoffnungen durch die moderne Medizin ..., S. 34.

4) Friedebold: Aufklärungspflicht des Arztes ...

MAIWALD betont den Wert vor allem des persönlichen ärztlichen Gesprächs als Gegenwert zu technisch-diagnostischen Maßnahmen:

> "Denn nur über diesen Weg der persönlichen Kommunikation lassen sich Gesundheitswille und Gesundheitsbewußtsein stärken, die Folgen von Konsumverführung und Fehlinformation beeinflussen und eine echte Führung zu aktiver Gesundheitspflege und Gesundheitsverantwortung erreichen."1)

HALLERMANN, ausgehend von der Rolle des Patienten im Krankenhaus und von der besonderen "Aufklärungspflicht und Informationspflicht" des Krankenhausarztes formuliert das Konzept einer "therapeutischen Aufklärung" wie folgt:

> "Das Heil des Kranken ist oberstes Gesetz für den Arzt. Aus dieser ärztlich-therapeutischen Pflicht läßt sich ableiten, daß eine Aufklärung dann therapeutisch geboten ist, wenn sie nötig ist, um Krankheiten vorzubeugen und den Patienten gesund zu erhalten; wenn sie erforderlich ist, um die angewandte Therapie wirksamer zu gestalten, wenn sie geeignet ist, die seelische Bereitschaft, wieder gesund zu werden, zu stärken, Ängste bei dem Kranken nicht aufkommen zu lassen und seine Sorgen zu mindern."2)

Dieser Begriff der "therapeutischen Aufklärung" faßt die Ziele einer Basisinformation des Patienten, beginnend beim ersten Kontakt mit dem Arzt, zusammen. Damit kann die Voraussetzung dafür geschaffen werden, "daß der Patient aus der passiven Rolle des Aufzuklärenden in die aktive Rolle als Aufgeklärter findet" und zum "selbständigen Partner des Arztes" wird.[3] Die mit dem weiteren Krankheitsverlauf und mit den notwendigen therapeutischen Maßnahmen verbundene Angst des Patienten kann auf diese Weise vom Patienten leichter bewältigt werden.

---

1) Maiwald: Hoffnungen durch die moderne Medizin ..., S. 43.

2) Hallermann: Aufklärungspflicht des Arztes ..., S. 53 f.

3) vgl. Zander: Arzt und Patient..., S. 24.

Ein wichtiger Gesichtspunkt bei der Aufklärung des Patienten aus ärztlicher Sicht ist die Auswirkung von ausführlichen Mitteilungen über die Art der Krankheit und die therapeutischen Maßnahmen mit ihren Folgen und Risiken auf das Arzt-Patientenverhältnis. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient hat sich in dem Sinne gewandelt, daß statt primärem Vertrauen auf die Autorität des Arztes und dem unbeirrbaren Glauben an seine Heilkunst immer mehr die Kommunikation zwischen Arzt und Patient und die Sachkompetenz des Arztes zur Vertrauensgrundlage wird.

> "Das Vertrauen stellt sich erst mit der Überzeugung ein, daß der Arzt die von ihm erwarteten Kenntnisse auch besitzt und sachgerecht anwendet. Der Arzt kann es fördern, indem er dem Patienten Einblick in sein Handeln gewährt und versucht, die Kommunikationslücke zwischen dem Laien und der Medizin zu überbrücken."1)

Konflikte und Kommunikationsschwierigkeiten drohen zu einer Störung des Vertrauensverhältnisses zu führen, zu wenig Wissen beim Patienten führt zwangsläufig zu falschen Vorstellungen. Gerade aus dem Bedürfnis des Patienten nach Vertrauen in die ärztliche Behandlung folgt damit die Pflicht des Arztes, dem verstärkten Informationsbedürfnis des Patienten nachzukommen.

Die Grenzen der Aufklärung, die aus der Verpflichtung des Arztes erwachsen, den Patienten vor körperlichem, seelischem und sozialem Schaden zu bewahren, dürfen auch bei diesem Verständnis des Arzt-Patientenverhältnisses nicht überschritten werden. Sie sind im einzelnen bei den Fragen der Aufklärung über das Wesen der Krankheit und bei einem operativen Eingriff dargestellt.

---

1) Finzen: Arzt, Patient und Gesellschaft ..., S. 124.

2.3.2. Aufklärung über Diagnose und Prognose.

Die Frage der Aufklärung des Patienten über Diagnose und Prognose der Krankheit berührt mit dem Problem unheilbarer und zum Tode führender Krankheiten Grundfragen der ärztlichen Ethik und kann in diesem Zusammenhang nicht ausführlich dargestellt werden. Aber auch bei operativen Eingriffen, gerade bei Augenoperationen, wird die Aufklärung über Diagnose und Prognose zu einem wichtigen Problem für den Arzt, da dabei für den Patienten oft existenzielle Fragen, z.B. Einschränkung der Sehkraft oder Erblindung, berührt werden. Der Grundsatz, daß man einem reifen Menschen soviel Wahrheit wie möglich über seinen Zustand nahebringen soll[1)], enthält sowohl ärztliche Gründe, die für eine Eröffnung der Diagnose und Prognose sprechen, als auch Grenzen, die dies verbieten.

ANSOHN[2)] nimmt als wichtigsten Grund für eine wahrhafte Mitteilung des Arztes über Zustand und Prognose die Achtung vor der Persönlichkeit des Patienten. Darüberhinaus kann wahres Wissen über den eigenen Zustand Widerstandskraft und Aktivität beim Patienten zur Überwindung der Krankheit entfalten. Da dem Patienten eine Entscheidung über seine Behandlung zusteht, ergibt sich aus dem Arzt-Patientenverhältnis auch

---

1) vgl. Bock, H. E.: Ärztliche Ethik aus internistischer Sicht.
In: Gross, R.; Hilger, H. H.; Kaufmann, W.; Scheurlen, P. G.: Ärztliche Ethik - Symposium, Köln, 1.10.1977, Stuttgart, New York 1978, S. 95.

2) Ansohn, E.: Die Wahrheit am Krankenbett.
München 1965, S. 42 ff.

eine Auskunftspflicht über Diagnose und Prognose, da sich der Patient im allgemeinen dem Arzt unter der Voraussetzung anvertraut, daß er von ihm über das Ergebnis der Untersuchungen informiert wird. Eine bewußte Lüge auf offene Fragen des Patienten zerstört die Autorität des Arztes, trägt den "Keim des Vertrauensverlustes"[1] in sich und kann deshalb im Arzt-Patientenverhältnis nicht gerechtfertigt werden. Nach ZANDER[2] ist das Wissen einer großen Anzahl von Patienten über die Bedeutung therapeutischer Maßnahmen soweit fortgeschritten, daß der Versuch einer Täuschung über den Krankheitszustand auf die Dauer nicht mehr akzeptiert wird.

Auf der anderen Seite ist der Arzt in vielen Fällen dazu verpflichtet, dem Patienten Informationen vorzuenthalten und mögliche Schwierigkeiten bei der Behandlung zu verschweigen, um den erstrebten Heilerfolg nicht zu gefährden. Nach übereinstimmender ärztlicher Meinung kann die Eröffnung einer Diagnose dem Patienten schaden, seinen Gesundheitswillen schwächen und Angst, Sorge und Verzweiflung hervorrufen. Die Zerstörung des inneren Gleichgewichts kann zu Kurzschlußreaktionen und unvernünftigen Entschlüssen des Patienten führen. Viele Patienten wollen die Wahrheit über ihren Krankheitszustand gar nicht wissen, und hinter der Frage nach der genauen Diagnose steckt oftmals die Erwartung eines für den Patienten positiven Befundes und einer guten Prognose. Die Eröffnung der Wahrheit führt in vielen Fällen zum seelischen Zusammenbruch des Patienten.

---

1) vgl. Kautzky, R.: Ärztliche Wahrheitspflicht und Lüge. Med. Welt 20, 1130-1134 (1965).

2) vgl. Zander: Arzt und Patient..., S. 24.

Häufig ist auch die Prognose des Arztes unsicher; damit kann das Vertrauen zum Arzt durch eine falsche Auskunft doppelt belastet werden. Faßt man alle diese Gesichtspunkte zusammen, so kommt man zu dem Schluß, daß eine Aufklärung über die wahre Diagnose der Krankheit und über die Prognose, abhängig vom Wesen der Krankheit, von der Persönlichkeit und der Lebenssituation des Patienten, von zahlreichen Faktoren begrenzt wird. Diese müssen in besonderem Maße auch im speziellen Fall der präoperativen Aufklärung über Art und Notwendigkeit des Eingriffs, seine Folgen und Risiken, berücksichtigt werden.

2.3.3. Aufklärung vor einem operativen Eingriff.

Der operative Eingriff in der Klinik erfordert hinsichtlich der Aufklärung durch den Arzt besonderes Einfühlungsvermögen in die Situation des Patienten und stellt für den Patienten eine besondere seelische Belastung dar. Mehr als bei einer Basisinformation zu Beginn der Behandlung wirken sich die Mitteilungen des Arztes unmittelbar auf das Befinden des Patienten aus und können mitentscheidend sein für den Erfolg der Operation und für eine postoperative Genesung. Der Arzt braucht deshalb möglichst klare Entscheidungskriterien dafür, was er dem einzelnen Patienten vor der Operation sagen muß, und inwieweit er mit seiner Aufklärung gehen darf. Jeder ärztliche Eingriff ist mit einem mehr oder weniger großen Risiko verbunden. Das Risiko trifft in erster Linie den Patienten, der von möglichen negativen Folgen des Eingriffs unmittelbar betroffen ist. Das Bestreben des Patienten, sich sorgfältig zu informieren und sein eigenes Risiko bei der Entscheidung für eine konservative oder operative Behandlung abzuschätzen, muß vom Arzt respektiert werden. ZANDER stellt den Zusammenhang zwischen Risiko und Aufklärung in der Medizin folgendermaßen dar:

"Das gesamte Problem des Risikos in der Medizin führt letztlich wieder zur Thematik der ärztlichen Aufklärung. Es kann nur überwunden werden durch ärztliche Aufklärung, (...), es muß ihr Ziel sein, daß der Patient zum selbständigen Partner des Arztes wird, der schließlich die Freiheit gewinnt, eigene Entscheidungen im Bewußtsein der damit verbundenen Risiken zu treffen."[1]

Ausdrücklich wird von ärztlicher Seite betont, daß bei einer präoperativen Aufklärung auch auf die Alternativen und die Gefahren einer konservativen Behandlung hingewiesen werden muß.[2] Nach Ansicht von BAUER[3] gelten für die Aufklärungspflicht vor einem operativen Eingriff aus ärztlicher Sicht folgende Grundsätze:

"Man muß aufklären über den Befund, über die Art und Tragweite der Behandlung und beides unter Berücksichtigung der persönlichen und seelischen Verhältnisse des betreffenden Patienten".

Als wesentliche Punkte nennt er die "Aufklärung über die Gefahren der Nichtoperation", die "Aufklärung über Befund und Tragweite der Operation" und außerdem die Möglichkeit für den Patienten, Fragen an den Arzt zu stellen. Unnötig ist die Aufklärung über die allgemeinen Risiken jeder Operation, aufgeklärt werden muß nur über "typische oder charakteristische Gefahren".[4]

---

1) Zander: Arzt und Patient..., S. 24.

2) vgl. Friedebold: Aufklärungspflicht ...

3) Bauer, K. H.: Zur ärztlichen Aufklärungspflicht aus den Erfahrungen eines Chirurgen.
In: Forster, K.(Hrsg.): Offene Fragen zwischen Ärzten und Juristen, Studien und Berichte der Katholischen Akademie in Bayern, Heft 20, Würzburg 1963, S. 53 ff.

4) vgl. auch Junghanns, H.: Die Aufklärungspflicht des Arztes.
In: Die Aufklärungspflicht des Arztes.
Köln, Berlin 1962, S. 62.

Der operative Eingriff stellt eine Bewährung für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient dar. Die Ansichten, wieviel Aufklärung über Gefahren und Risiken eines Eingriffs dem Patienten zugemutet werden kann, ohne das Vertrauen zum Operateur zu zerstören, sind gerade bei dieser Frage am meisten umstritten. Nach FINZEN[1] ist der Patient, der von sich aus nicht um die vielen Komplikationsmöglichkeiten eines Eingriffs wissen kann, betroffen, wenn unerwartete und nicht vorher besprochene Komplikationen auftreten. Ebenso, wie es unbillig ist, wenn der Patient den Arzt vor Gericht zitiert, sei auch das Verhalten des Arztes unbillig, "der das Vertrauen des Patienten nicht durch gründliche Aufklärung honoriert." Die Auswirkung einer ausführlichen präoperativen Aufklärung auf die seelische Situation des Patienten hängt von dem Ausmaß der vorangegangenen Basisinformation und der dadurch hergestellten Vertrauensgrundlage ab. ZANDER[2] äußert dazu folgende interessante Erfahrung:

> "Die Erfahrung zeigt, daß sich in der Regel nach der vollen Aufklärung des Patienten eine besonders intensive und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient entwickelt. Auch größere Risiken, welche mit den notwendigen therapeutischen Maßnahmen verbunden sind, können offen mit dem Patienten besprochen werden. Stellen sich Komplikationen ein, so sind diese gemeinsam mit dem Patienten wesentlich leichter zu tragen. Gerade aus der Intensität dieser Zusammenarbeit schöpft der Patient neue Hoffnung. Hoffnung auf eine Wiedergesundung oder zumindest auf eine Besserung muß dem Patienten in jeder ärztlichen Aufklärung belassen werden."

Schließlich spricht auch für eine ausführliche Aufklärung die Tatsache, daß beim Auftreten einer Komplikation und bei nicht erfolgtem Hinweis vor dem Eingriff eine Art "Fraktio-

---

1) Finzen: Arzt, Patient und Gesellschaft ..., S. 125.

2) Zander: Arzt und Patient..., S. 24.

nierung der Aufklärung" zwangsläufig notwendig wird, welche aber eher zu verstärktem Mißtrauen zum Arzt führt.[1] Eine solche unzureichende Aufklärung mit dem Eintritt einer nicht genannten Komplikation ist wahrscheinlich der häufigste Anlaß für Patienten, zur Durchsetzung eines Schadensersatzanspruches vor Gericht zu gehen.[2]

Zahlreiche Gesichtspunkte, die alle den Bedürfnissen und dem seelischen Zustand des Patienten vor einem Eingriff entspringen, schränken das Ausmaß der präoperativen Aufklärung ein. KARITZKY[3] vertritt die Ansicht, nach der eine Aufklärung über drohende Risiken einer Operation vom gewissenhaften Arzt grundsätzlich abzulehnen sei, da sie der ärztlichen Ethik widersprächen. Darauf stützt sich auch die häufig geäußerte Ansicht, zahlreiche Patienten wollten in Wirklichkeit vor einer Operation nicht genau informiert werden, selbst wenn sie Fragen stellen. Selbstverständlich können Patienten auf eine Aufklärung verzichten. Neben dieser bewußten Ablehnung einer Aufklärung ist es vor allem die Wirkung auf den seelischen Zustand des Patienten vor einem

---

1) vgl. Friedebold: Aufklärungspflicht des Arztes ...

2) vgl. Weissauer: Aufklärungspflicht des Chirurgen ... und Bettman: Ophthalmology ..., S. 74 ff.

3) Karitzky, B.: Sind gesetzliche Aufklärungspflicht und ärztliche Ethik miteinander vereinbar? Hippokrates 36, 880-884 (1965).

Eingriff, die den Wert einer Aufklärung einschränkt. Nach Ansicht von JUNGHANNS[1] kann der Patient in dieser Lage keine - wie von Juristen geforderte - "sachgemäße Entscheidung" fällen, weil er keine "zutreffende Vorstellung" über Art und Folgen von Krankheit und Behandlung haben kann. Er kann als Betroffener nur subjektiv entscheiden - zur sachgemäßen Entscheidung gehört aber Objektivität. Nach Meinung von HENKE[2] trifft der Arzt beim Patienten nie auf ein objektives Verstehen, "sondern stets auf ein individuelles, an den bestimmten Patienten gebundenes Verstehen, ...". Dementsprechend tritt der Wunsch nach sachlich richtigen medizinischen Informationen zurück hinter die Erwartung des Kranken, daß in einer präoperativen Aufklärung in erster Linie die Sorgen und Ängste durch beruhigende Auskünfte abgebaut werden. KAUTZKY[3] bezeichnet diesen Umstand mit "mangelnder Sachkenntnis des Patienten" und "persönlicher Befangenheit" vor der Operation. Deshalb nimmt der Patient aufgezeigte Möglichkeiten von Komplikationen leicht als Wahrscheinlichkeiten und gewinnt dadurch ein falsches Bild von der Situation, welches ihn beunruhigt.

Schließlich gibt es bestimmte Krankheiten, die eine Aufklärung unmöglich machen. Neben Notfällen, in denen auch von juristischer Seite die "mutmaßliche Einwilligung" vorausgesetzt werden kann, kommen hier Krankheiten in Betracht, bei denen der Zustand durch aufklärende Mitteilungen eindeutig verschlechtert würde.

---

1) vgl. Junghanns: Die Aufklärungspflicht des Arztes ..., S. 63.

2) Henke, W.: Schriftliche Patienteninformationen. In: Rügheimer: Jahrestagung ..., S. 212 ff.

3) Kautzky: Ärztliche Wahrheitspflicht und Lüge ...

2.3.4. Kriterien einer angemessenen präoperativen Aufklärung.

Für die angemessene Aufklärung des einzelnen Patienten braucht der Arzt Kriterien, mit denen er aus der Fülle der dargelegten Gesichtspunkte die für den einzelnen Patienten und für den jeweiligen Eingriff zutreffenden auswählen kann. Die Entscheidung über das Ausmaß der Aufklärung sollte dem pflichtgemäßen Ermessen des Arztes überlassen werden.[1] An erster Stelle steht die notwendige Individualisierung der Aufklärung und das damit verbundene persönliche Gespräch zwischen Arzt und Patient. Dies setzt voraus, daß trotz der komplizierten Struktur einer Klinik eine echte persönliche Beziehung zu einem erfahrenen Arzt entstehen kann.

> "Jeder Kranke braucht auch und gerade in der Klinik seinen Arzt, der alle wichtigen Maßnahmen mit ihm bespricht, ihn aufklärt, ihm bei Entscheidungen hilft und ihm den seelischen Rückhalt gibt."2)

Die Betreuung des Kranken muß Ängstlichkeit, Bildungsgrad, Alter, Lebenssituation und insbesondere Art der Krankheit und des vorgesehenen Eingriffs berücksichtigen. Der Arzt muß aufgrund seines Einfühlungsvermögens und seiner Menschenkenntnis selbst herausfinden, was der einzelne Patient wirklich erfahren will. Was er sagt, sollte wahr sein, aber nicht alles, was wahr ist, muß auch gesagt werden.[3] Der Arzt kann also grundsätzlich das Recht für sich geltend machen, Erkenntnisse dem Patienten vorzuenthalten, aber nur unter der Voraussetzung, daß sie dem Patienten nicht schaden können.

---

1) vgl. Hallermann: Die ärztliche Aufklärungspflicht ..., S. 67.

2) ebenda, S. 54.

3) vgl. Bauer: Zur ärztlichen Aufklärungspflicht ..., S. 61 und Zenker, R.: Ärztliche Ethik aus der Sicht des Chirurgen. In: Gross u.a.(Hrsg.): Ärztliche Ethik ..., S. 109.

Der Arzt steht bei der Aufklärung des Patienten in einem Konfliktverhältnis zwischen der juristischen Forderung nach einem absoluten Selbstbestimmungsrecht des Patienten und der freien Willensentscheidung zu einem Eingriff (voluntas aegroti) und dem ärztlichen Heilungsinteresse, der Fürsorgepflicht für das Wohl des Patienten (salus aegroti). Es kann sich also im Einzelfall eine Interessenkollision zwischen der Fürsorgepflicht und der Aufklärungspflicht des Arztes ergeben. Diesen Konflikt kann der Arzt nur lösen, indem er soweit wie möglich ein Vertrauensverhältnis zum Patienten aufbaut und auf dessen individuelle Wünsche eingeht, sich sozusagen in die Situation des Patienten hineinversetzt. Daraus muß er das für den Einzelfall angemessene Maß an Aufklärung herausfinden, ohne aber das von juristischer Seite geforderte Maß einer notwendigen Aufklärung zu verletzen.

Bei der Ausarbeitung und der Vordiskussion eines neuen Strafgesetzbuches scheinen sich die juristischen Standpunkte den ärztlichen Grundsätzen anzunähern. Danach müsse die Ansicht, bei einem ärztlichen Eingriff handle es sich grundsätzlich um eine Körperverletzung, überprüft werden. GEILEN [1] vertritt den Standpunkt, daß als tragender Grund für die Rechtmäßigkeit eines Eingriffs weniger die Einwilligung des Patienten gelten sollte, sondern vielmehr der Heilzweck des Eingriffs, wobei der Wille des Patienten nur als "Rechtmäßigkeitsschranke" zu betrachten sei. Danach liegt bei jedem ärztlichen Eingriff das eigentliche Fundament der Rechtfertigung in seiner Notwendigkeit und in seiner Heilungstendenz. Auf dieser Grundlage können die juristischen Ansprüche an eine Aufklärung herabgeschraubt werden und die ärztlichen Gesichtspunkte wieder in den Vordergrund rücken. In die gleiche Richtung zielt die Forderung von SCHMIDT[2], der die "Grundsätze gewissenhafter ärztlicher Fürsorge" wieder zum rechtlichen Maßstab der ärztlichen Behandlung erheben will.

---

1) Geilen: Einwilligung ..., S. 133 ff.

2) Schmidt: Empfiehlt es sich ... .

2.4. Die ärztliche Aufklärung in der medizinischen Forschung.

Die medizinische Forschung beschäftigt sich in den letzten Jahren in zahlreichen Studien mit der praktischen Ausführung einer Aufklärung und der Wirkung auf das Arzt-Patientenverhältnis. Dabei sind zahlreiche Gesichtspunkte von Interesse: Die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient bei therapeutischen Maßnahmen (compliance), das Aufklärungsverhalten der Ärzte und das Krankheitsverhalten der Patienten, die Anforderungen von Arzt und Patient an Zeitpunkt und Form der Aufklärung, die Auswirkung aufklärender Mitteilungen auf den Zustand des Patienten und das Erinnerungsvermögen und Verständnis der Informationen bei den Patienten. Die dabei erhaltenen Forschungsergebnisse können in hohem Maße die Basisaufklärung und die präoperative Aufklärung wirksamer gestalten mit dem Ziel, die Aufklärung in der Praxis nach den Erwartungen und Bedürfnissen von Arzt und Patient auszurichten.

2.4.1. Patienten-Compliance.

Patienten-Compliance wird beschrieben als Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient, in engerem Sinne bezüglich der Zuverlässigkeit der Einnahme von Medikamenten, in weiterem Sinne aber auch als Auswirkung der Beratung und Information des Patienten auf dessen Krankheitsverhalten. WEBER[1] weist darauf hin, daß einerseits mit der Entwicklung zum "mündigen Bürger" viele Patienten danach streben, umfassend informiert zu werden, selbständige Entscheidungen zu treffen und ihre Verhaltensweise aktiv danach zu richten, andererseits aber mit dem Selbstbewußtsein und mit dem Einfluß bestimmter Informationen aus verschiedenen Quellen der Anteil an Non-Compliance, also Nichtbefolgen der ärztlichen Ratschläge und

---

[1] Weber, E.: Patienten-Compliance. Arzt und Patient 1, 4-9 (1980).

Anweisungen, wächst. GUNDERT-REMY[1] stellte im Krankenhaus eine Nichtbefolgungsrate der ärztlichen Anordnungen von 66 % fest. In einer Zusammenstellung von 68 Studien zum Ausmaß der Compliance bezüglich der Einnahme von Arzneimitteln, Diätbefolgung und allgemeinen Ratschlägen gibt LEY[2] eine durchschnittliche Häufigkeit von Non-Compliance von 44 % an. Dies führt er auf folgende Ursachen zurück:

Patienten verstehen das vom Arzt Gesagte nicht. Diese Kommunikationsschwierigkeit kann auf unverständlichen Informationen, z. B. von Merkblättern, beruhen, auf falschen Vorstellungen und schließlich auf Unwissenheit beim Patienten.

Patienten vergessen das ihnen Gesagte. In einer Zusammenstellung von Untersuchungen kommt LEY auf eine Vergessensrate zwischen 37 und 60 %. (Näheres in Abschnitt "Erinnerungsvermögen der Patienten".)

Patienten sind zu schüchtern, um Fragen zu stellen, wenn sie etwas nicht verstanden oder vergessen haben.

Nach LEY[3] wird Compliance hauptsächlich durch Zufriedenheit, Verstehen und Behalten von Informationen bestimmt. Behalten und Verstehen haben zusätzlich zu einem direkten Einfluß auf die Compliance einen indirekten Effekt durch ihre Wirkung auf die Zufriedenheit des Patienten. Der wesentliche Faktor für das Maß an Patienten-Compliance ist die Zufriedenheit der Patienten mit der ärztlichen Behandlung. FRANCIS u. Mitarb.[4] fanden eine positive Korrelation zwischen Gesamtzu-

---

1) Gundert-Remy, U.: Compliance stationärer und ambulanter Patienten. In: Weber, E.; Gundert-Remy, U.; Schey, A.: Patienten-Compliance. Baden-Baden, Köln, New York 1977, S. 45.

2) Ley, P.: Verstehen und Behalten von Anweisungen - Kommunikationsfehler in Klinik und Praxis. Arzt und Patient 1, 71-79 (1980).

3) Ley: Verstehen und Behalten ...

4) Francis, V.; Korsch, B. M.; Morris, M. J.: Gaps in doctor-patient communication: patients' response to medical advice. New Engl. J. Med. 280, 535 (1969).

friedenheit mit der ärztlichen Konsultation und Patienten-Compliance. Ein wesentlicher Grund für die festgestellte Non-Compliance dürfte demnach die in einer Zusammenstellung von LEY[1] gefundene Unzufriedenheit von 30 bis 65 % der Patienten mit der Kommunikation im Krankenhaus und der Information über Medikamente sein. WEBER[2] zieht aufgrund einer Übersicht über die wichtigsten, in der Literatur aufgeführten Einflußfaktoren auf die Verbesserung der Compliance den Schluß, daß ein positiver Einfluß am ehesten bei der Art und Intensität der Patient-Arztbeziehung gefunden wird, weniger bei sozio-demographischen Variablen wie Alter, Erziehung, Schicht u.a.. SCHMIDT u. Mitarb.[3] vertreten die Auffassung, daß das medizinische Wissen und das Intelligenzniveau für die Patienten-Compliance von größerer Bedeutung ist als sprachliche Verständigungsschwierigkeiten zwischen Patient und Arzt. In neueren Arbeiten hat sich herausgestellt, daß der Patient zur Verbesserung der Compliance eine wesentlich gründlichere Unterweisung im Umgang mit Arzneimitteln erhalten muß[4]. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit von fundierten Informationen für den Patienten in der Praxis und im Krankenhaus, wobei Merkblätter oder eine Aufklärungsbroschüre einen wesentlichen Beitrag leisten können.

---

1) Ley: Verstehen und Behalten ...

2) Weber: Patienten-Compliance ...

3) Schmidt, A.; Lehrl, S.; Burkard, G.: Medizinisches Wissen und Intelligenz - mögliche Einflußfaktoren des Compliance-Verhaltens. Klinikarzt 8, 69 (1979).

4) vgl. Weber: Patienten-Compliance ...

2.4.2. Informationsbedürfnis der Patienten.

In medizinsoziologischen Untersuchungen wird die Bereitschaft der Patienten betont, ihr Gesundheitsverhalten nach den ärztlichen Anweisungen zu richten, wobei ältere Menschen und Patienten mit höherer Bildung ein ausgeprägteres Gesundheitsverhalten zeigen.[1] Eine Repräsentativbefragung der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland[2] kommt zu dem Ergebnis, daß sich 90 % der Befragten vom Arzt gut informiert fühlen, 86 % mit der Dauer der ärztlichen Konsultation und 92 % insgesamt mit der ärztlichen Betreuung zufrieden oder sehr zufrieden sind. Diese Ergebnisse stehen im Gegensatz zu Umfragen bei Krankenhauspatienten (s. unten). Auch die hohen Zahlen von Non-Compliance stellen diese subjektiven Ergebnisse in Frage.

> "An dem Tatbestand, daß 30 bis 50 % aller Patienten die Anordnungen des Arztes nicht befolgen, und daß damit die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient sinnlos wird, kann auch die subjektive Zufriedenheit des Patienten mit der ärztlichen Behandlung im allgemeinen, mit der Unterrichtung über die Diagnose und Therapie sowie mit den Sachkenntnissen des behandelnden Arztes im besonderen nichts ändern."3)

Ein wesentlicher Grund für diese ungenügende Zusammenarbeit liegt in enttäuschten Erwartungen der Patienten. Der Arzt muß diese Erwartungen auch dann beachten, wenn er dies für die Heilung des Patienten für unwichtig hält. Zentrales Bedürfnis der Patienten ist nach SCHMÄDEL eine Aufklärung über die Diagnose und den Therapieplan. Darüber hinaus haben Patienten bestimmte Diagnose- und Behandlungserwartungen und schließlich erwarten sie Zeit, Verständlichkeit der Mit-

---

1) Pflanz, M.; Pinding, A. K.; Armbrüster, W.; Török, M.: Medizinsoziologische Untersuchungen über Gesundheitsverhalten. Med. Klin. 61, 391-396 (1966).

2) Infratest München: Das Arztbild in der Bevölkerung. Analyseband 1978. Zit. nach Schmädel, D.: Die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient aus medizinsoziologischer Sicht. Arzt und Patient 1, 10-15 (1980).

3) Schmädel: Die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient...

teilungen, und eine gewisse persönliche Anteilnahme. Das erwartete Arztbild wird von sachlicher Kompetenz, Autorität und einer gewissen persönlichen Vertrauenswürdigkeit bestimmt. Ein Vertrauensverhältnis kann nur dann entstehen, wenn die zentralen Erwartungen des Patienten an den Arzt erfüllt werden.

> "Dieses Vertrauensverhältnis kann nicht postuliert werden, es muß vom Arzt und dem Patienten in dem gemeinsamen Bemühen, sich in die Lage des anderen zu versetzen und die Erwartungen des Gesprächspartners zu beachten, erarbeitet werden."1)

Bezüglich des speziellen Informationsbedürfnisses vor einem operativen Eingriff, kommt HENKE[2] zu dem Ergebnis, daß trotz eines großen allgemeinen Interesses der Öffentlichkeit an medizinischen Themen das Informationsbedürfnis der Patienten im Krankenhaus gering ist. Bei einer Studie mit 122 allgemeinchirurgischen Patienten in der Universität Erlangen erklärten sich 50 % für ausreichend, "in großen Zügen" informiert, nur 37 % würden gern eine Broschüre durchlesen, in der Einzelheiten über die Krankheit und die Operation beschrieben sind. Jeweils ein Drittel der Patienten möchte "ganz genau vor der Operation erfahren, wie alles gemacht wird und welche Schwierigkeiten und Gefahren es dabei geben kann", bzw. möchte "nur das Wichtigste erfahren, nur das, was er mir unbedingt sagen muß", bzw. will "so wenig wie möglich" erfahren. Dabei zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Angstniveau und Informationsbedürfnis: Wenig ängstliche Patienten wollten zu 62 % genau informiert werden, stark ängstliche Kranke wollten zu 66 % möglichst wenig wissen.[3] Im Gegensatz dazu kommen MILLER und SHADA[4]

---

1) ebenda

2) Henke: Schriftliche Patienteninformationen ...

3) vgl. Wieck: Probleme der psychischen Führung ...

4) Miller, P.; Shada, E.: Preoperative information and recovery of open-heart surgery patients. Heart and Lung 7, 486-493 (1978).

und WEILER[1] bei Untersuchungen an Herzpatienten zu dem Ergebnis, daß die meisten Kranken vor der Operation volle und genaue Informationen über alle Gesichtspunkte der Krankheit und der Operation erhalten wollen. Dabei erachteten die Patienten Informationen über Schwierigkeiten der Intensivpflege und Schmerzen nach der Operation für besonders wichtig, also alles Informationen, die die Patienten ängstigen könnten. Nur wenige äußerten die Ansicht, die Auskünfte sollten begrenzt sein, um Angst und Beunruhigung zu verhindern.

Aufgrund unterschiedlicher Bedingungen und Ausgangssituationen kommen die zitierten Untersuchungen zum Informationsbedürfnis zu keinem einheitlichen Ergebnis. Zusammenfassend läßt sich jedoch sagen, daß das allgemeine Bedürfnis der Patienten nach ausführlicher Information über ihre Krankheit, die bevorstehende Behandlung und über die Prognose und Risiken des weiteren Krankheitsverlaufs überaus groß ist. Dieses Bedürfnis nach einer Basisinformation wird allerdings unmittelbar vor einem operativen Eingriff durch zahlreiche Faktoren eingeschränkt, insbesondere durch hohes Alter, große Ängstlichkeit und allgemein schlechter Verständnisfähigkeit der Patienten. Einen entscheidenden Faktor stellt auch die Art der Krankheit und die Schwere des Eingriffs dar. Von großer Bedeutung ist die Frage, inwieweit die Ängstlichkeit des Patienten sein Informationsbedürfnis einschränkt und in welchem Umfang diese ängstliche Erwartungsspannung durch eine rechtzeitige ausführliche Aufklärung reduziert werden kann.

2.4.3. Zeitpunkt und Form der Aufklärung.

Der zeitliche Kontakt zwischen Arzt und Patient im Krankenhaus zeichnet sich durch eine bemerkenswerte Kürze aus.

---

[1] Weiler, C. M.: Postoperative patients evaluate preoperative instruction. Am. J. Nurs. 68, 1465-1467 (1968).

SPEIERER [1] teilt Durchschnittswerte von 48 Sekunden bis maximal 3 Minuten für die tägliche Visitendauer pro Patient in der Klinik und Zeitwerte von 4 Minuten für die durchschnittliche Dauer von Arzt-Patientkontakten in der Praxis und bei Hausbesuchen von Allgemeinärzten mit. Bei solcher Kürze muß die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient im ärztlichen Gespräch asymmetrisch verlaufen; die Gesprächsführung liegt allein beim Arzt, für Gegenfragen des Patienten oder für eine gemeinsame Erörterung des Therapieplans bleibt keine Zeit.[2] Für die Herstellung eines Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient und für eine angemessene Aufklärung ist jedoch ein gewisses Maß an Zeit unbedingte Voraussetzung. Für eine wirksame Einwilligung des Patienten in einen operativen Eingriff ist eine rechtzeitige präoperative Aufklärung besonders wichtig. Nach FRIEDEBOLD[3] braucht der Patient für seine Entscheidung vor allem Zeit:

> "Der Patient darf nicht den Eindruck gewinnen, daß er zu einer Entscheidung gedrängt wird, die ihm sehr plötzlich auferlegt worden ist."

Eine rechtzeitige Aufklärung ist auch Voraussetzung für die Forderung an den Patienten, von sich aus Fragen zu stellen.

Die Frage, ob die Aufklärung vor einem operativen Eingriff ausschließlich mündlich in einem persönlichen Gespräch er-

---

1) Speierer, G. W.: Das ärztliche Gespräch. In: Enke, H. u. Mitarb. (Hrsg.): Lehrbuch der medizinischen Psychologie. 5. Aufl., München 1979.

2) vgl. Siegrist, J.: Asymmetrische Kommunikation bei klinischen Visiten. Med. Klin. 81, 1962 (1976).

3) Friedebold: Aufklärungspflicht des Arztes ...

folgen soll, oder ob sich der Arzt eines Formblattes bedienen kann, und ob die Einwilligung zur Operation schriftlich erfolgen soll oder nicht, wird unterschiedlich beurteilt. PÄSSLER[1] kommt in einer Befragung von 380 Chirurgen über ihr Aufklärungsverhalten zu dem Ergebnis, daß praktisch alle Ärzte in irgend einer Form der Aufklärungspflicht vor operativen Eingriffen nachkommen. Danach wird auch eine Aufklärung anhand von Formblättern von den Kranken gut aufgenommen. Seiner Ansicht nach besitzt auch die schriftliche Operationseinwilligung wesentliche Vorzüge. Die Aufklärung kann nicht versehentlich unterbleiben, der Arzt wird zum Gespräch mit dem Kranken angeleitet und hat im Zweifelsfall eine schriftliche Unterlage darüber, was er dem Patienten gesagt hat. Nach seinen Untersuchungen (im Jahre 1964!) klären aber nur 16 % der Ärzte, vor allem in größeren Kliniken, ihre Patienten schriftlich auf; 84 % genügt die mündliche Aufklärung, wobei 53 % Zeugen hinzuziehen. FRIEDEBOLD[2] vertritt dagegen die Ansicht, daß eine Aufklärungsbroschüre als Standardaufklärung abzulehnen sei, weil sie etwas Beunruhigendes für den Patienten darstelle.

Für den Arzt in der Klinik, aber auch für den Patienten, der am Informationsaustausch mit anderen Kranken interessiert ist, wäre eine präoperative Aufklärung in einer Gruppe von großem Vorteil. MEZZANOTTE[3] sprach mit Patienten vor allgemeinchirurgischen Operationen in Vierergruppen über den

---

1) Pässler, H. W.: Ärztliche Gesichtspunkte zur Aufklärungspflicht des Chirurgen. Med. Welt 717-721 (1964).

2) Friedebold: Aufklärungspflicht des Arztes ...

3) Mezzanotte, E. J.: Group instruction in preparation for surgery. Am. J. Nurs. 70, 89-91 (1970).

Operationsverlauf und über Schwierigkeiten der postoperativen Intensivpflege und fand heraus, daß die Patienten die Informationen gut aufnehmen und mit dieser Form sehr zufrieden sind. DZIURBEJKO und LARKIN[1] stellten bei einer Aufklärung der Patienten zusammen mit Familienangehörigen einen positiven Einfluß auf das Verständnis und die kooperative Mitarbeit fest. In einer umfassenden Arbeit untersuchte LINDEMAN[2] die Auswirkung von Einzel- und Gruppenaufklärung bei 351 Patienten vor allgemeinchirurgischer Operation auf das postoperative Verhalten in der Intensivpflege, auf die Dauer des stationären Aufenthalts und auf den Gebrauch von Schmerzmitteln. Sie fanden heraus, daß eine Aufklärung in Gruppen hinsichtlich des Verständnisses und des Lernerfolgs der Patienten mindestens genau so wirksam ist, wie eine Einzelaufklärung.

2.4.4. Umfang der mitgeteilten Informationen.

Nach der Studie von PÄSSLER[3] aus dem Jahr 1964 erfolgt grundsätzlich eine präoperative Aufklärung nur in 70 % der Kliniken, in 30 %, vor allem in kleineren Kliniken, dagegen nur vor besonders schwierigen oder gefährlichen Eingriffen mit besonderen Komplikationen. Heute wird eine generelle präoperative Aufklärung an fast allen Kliniken ausgeführt. Für "typische Gefahren" jedoch, die bei einer bestimmten Operation häufiger vorkommen als mögliche Gelegenheitskomplikationen, setzen viele Ärzte die Prozentgrenze, ab welcher sie aufklären, zu hoch an. Als genereller Anhaltspunkt für das Ausmaß einer Aufklärung kann

---

1) Dziurbejko, M.; Larkin, J. C.: Including the family in preoperative teaching. Am. J. Nurs. 78, 1893-1894 (1978).

2) Lindeman, C. A.: Nursing intervention with the presurgical patient-effectiveness and efficiency of group and individual preoperative teaching - phase two. Nurs. Res. 21, 196-209 (1972).

3) Pässler: Ärztliche Gesichtspunkte ...

demnach eine Komplikationsdichte von 2 bis 3 % gelten. Nach PÄSSLER müssen bei der Bestimmung der Komplikationsdichte in erster Linie die eigenen Ergebnisse als Anhalt dienen, ob eine Aufklärung über eine bestimmte Komplikation notwendig ist. Über die Handhabung der Aufklärungspflicht in der ärztlichen Praxis teilt GOSTOMZYK[1] mit, daß bei einer Befragung von 1082 Kassenärzten 85 % der Ärzte angaben, die Patienten in großen Zügen über die Therapie aufzuklären und daß 64 % ihren Patienten häufige Komplikationen vor der Behandlung mitteilen. Nur 22 % klären ihre Patienten über seltene Komplikationen, solche unter 5 %, auf. Die Mehrzahl der befragten Ärzte entscheidet offenbar nach eigenem Ermessen, im Hinblick auf das Wohl des Patienten, ob dieser aufgeklärt wird. Die überwiegende Anzahl vertritt auch die Auffassung, eine Aufklärung verbessere das Arzt-Patientenverhältnis.

Im Gegensatz zu Ergebnissen, die ein großes Informationsbedürfnis der Patienten postulieren, wird der Patient von vielen Ärzten als jemand erlebt, der kein echtes Interesse an einer aktiven Zusammenarbeit hat, der vielmehr passiv eine Behandlung wünscht. In einer Befragung von 800 niedergelassenen bzw. angestellten Ärzten verschiedener Fachrichtungen[2] klagen 67,5 % der Ärzte darüber, daß viele Patienten erst überredet werden müssen, etwas in bezug auf ihre Krankheit zu unternehmen, und rund 60 % nehmen an, daß im Grunde nur wenige Patienten ein echtes Bedürfnis nach Diskussion der Diagnose und Therapie haben. Daraus folgt aber oft ein passives Aufklärungsverhalten der Ärzte, welches auch die ärztliche Notwendigkeit nach einer möglichst umfangreichen Patientenaufklärung außer acht läßt.

---

1) Gostomzyk, G.; Heß, G.; Leithoff, H.: Die Aufklärungspflicht aus ärztlicher Sicht. Deutsches Ärzteblatt 1973, S. 25-32.

2) Koch, U.: Wie Ärzte sich selbst und ihre Patienten sehen. Psychologie heute 13, 76 (1975).

2.4.5. Wirkung der Aufklärung auf die Patienten.

In der Frage der Auswirkung von Auskünften und Anweisungen vor der Operation auf den seelischen Zustand der Patienten, insbesondere auf die Ängstlichkeit vor und nach der Operation, gibt es in der Literatur zwei gegensätzliche Standpunkte. Zum einen wird ein umgekehrtes Verhältnis zwischen Angstniveau des Patienten und dem Ausmaß einer schnellen und unkomplizierten postoperativen Genesung postuliert mit der zusammenfassenden These: Je größer die Ängstlichkeit des Patienten, desto schlechter die Heilung (COHEN / LAZARUS[1]). Daraus ergibt sich die Forderung, durch eine angemessene präoperative Aufklärung die Angst des Patienten zu vermindern und den Heilungsablauf zu beschleunigen. Die Wirksamkeit einer Aufklärung läßt sich dann an diesen Faktoren, dem Abbau von Angst und an einem optimalen Heilungsverlauf, bestimmen (EGBERT[2], GRAHAM und CONLEY[3], WILLIAMS[4]). Nach dem anderen Ansatz, der von einer nicht linearen Beziehung zwischen Angstniveau und Heilungsverlauf ausgeht, ist sowohl ein sehr hohes, als auch ein sehr niedriges Angstniveau mit einem schwierigen postoperativen Verlauf verbunden. Ein angemessenes Maß an Ängstlichkeit vor

---

1) Cohen, F.; Lazarus, R. S.: Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgey. Psychosom. Med. 35, 375-389 (1973).

2) Egbert, L. D.; Battit, G. E.; Welch, C. E.; Bartlett, M. K.: Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. New Engl. J. Med. 270, 825-827 (1964).

3) Graham, L. E.; Conley, E. M.: Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patients. Nurs. Res. 20, 113-122 (1971).

4) Williams, J. G. L. u. Mitarb.: The clinical control of preoperative anxiety. Psychophysiol. 12, 46-49 (1975).

der Operation hat demnach einen positiven, physiologischen Wert für den Heilungsverlauf. Angst wird als physiologische Reaktion auf emotionale Belastung (emotional stress) definiert; sowohl ein Zuviel als auch ein Zuwenig an Angst deutet auf eine gestörte Verarbeitung der präoperativen Stress-Situation hin (JANIS[1], BRUEGEL[2]). Danach ist aber keine klare Beziehung zwischen präoperativer Aufklärung, Abbau von Angst und postoperativem Heilungsverlauf festzustellen, und die Wirksamkeit einer Aufklärung läßt sich nicht unmittelbar daran abmessen.

In einer Studie über die Auswirkung der präoperativen Unterweisung von allgemeinchirurgischen Patienten auf das Angstniveau und die Befindlichkeit verglichen FELTON u. Mitarb.[3] drei verschiedene Patientengruppen: Eine erste Zielgruppe wurde in einem persönlichen Gespräch ausführlich über Operations- und postoperativen Heilungsverlauf mit Hilfe von Broschüren, Bildern und Film aufgeklärt; bei einer zweiten Zielgruppe kam es vor allem darauf an, eine emotionale Beziehung herzustellen, die es dem Patienten ermöglicht, seine Gefühle und Ängste zu äußern, dabei auf Verständnis zu stoßen und Fragen zu stellen; schließlich eine Kontrollgruppe, die eine routinemäßige Unterweisung vor der Operation erhielt. Die Ergebnisse aufgrund objektiver psychologischer Meßmethoden ergaben ein geringeres prä- und postoperatives Angstniveau der ausführlich aufgeklärten Patienten

---

1) Janis, I. L.: Psychological Stress: Psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients. New York 1958.

2) Bruegel, M. A.: Relationship of preoperative anxiety to perception of postoperative pain. Nurs. Res. 20, 26-30 (1971).

3) Felton, G.; Huss, K.; Payne, E. A.; Srsic. K.: Preoperative nursing intervention with the patient for surgery: outcomes of three alternative approaches. Int. J. Nurs. Stud. 13, 83-96 (1976).

- das Angstniveau war bei der zweiten Zielgruppe am geringsten - und ein größeres seelisches Wohlbefinden bzw. ein höheres Maß an Zufriedenheit als bei der Kontrollgruppe. Im Gegensatz dazu fand KINNEY[1] nach ausführlicher präoperativer Aufklärung bei der Messung des Angstniveaus mit Angstfragebogen und körperlichen Untersuchungen zwar eine etwas geringere Ängstlichkeit, aber keinen signifikanten Unterschied.

Die Auswirkung einer präoperativen Unterweisung von allgemeinchirurgischen Patienten auf die Verminderung der postoperativen Schmerzintensität wurde von EGBERT u. Mitarb.[2] untersucht. Als Indikator fand er einen signifikant geringeren Verbrauch von Schmerzmitteln, einen besseren seelischen und körperlichen Zustand und einen kürzeren stationären Aufenthalt bei den ausführlich unterrichteten Patienten. Studien mit ähnlichen Ergebnissen finden sich bei HEALY[3] und LINDEMAN[4]. Interessanterweise teilt HEALY mit, daß trotz des notwendigen Zeitaufwands einer ausführlichen Aufklärung insgesamt, d. h. bei Berücksichtigung des Aufklärungserfolgs nach der Operation, Zeit eingespart wird.

2.4.6. Erinnerungsvermögen der Patienten und Verständnis der Informationen.

Das Erinnerungsvermögen und das Verständnis der Aufklärungsinhalte ist von grundlegender Bedeutung, einmal weil ein geringes Verständnis und eine geringe Merkfähigkeit das ärztliche Ziel, im Patienten einen verständigen Partner zu schaffen, in Frage

---

1) Kinney, M. R.: Effects of preoperative teaching upon patients with differing modes of response to threatening stimuli. Int. J. Nurs. Stud. 14, 49-59 (1977).

2) Egbert: Reduction of postoperative pain ... .

3) Healy, K. M.: Does preoperative instruction make a difference? Am. J. Nurs. 68, 62-67 (1968).

4) Lindeman, C. A.; Van Aernam, B.: Nursing intervention with the presurgical patient - the effects of structured and unstructured preoperative teaching. Nurs. Res. 20, 319-332 (1971).

stellen, zum anderen, weil ein mangelndes Erinnerungsvermögen Folgen für die rechtliche Absicherung einer erfolgten Aufklärung hat.

In einer Zusammenstellung von Arbeiten über die Verständlichkeit von schriftlichen Informationen und über die Vergessensrate bei Patienten kommt LEY[1] zu dem Ergebnis, daß die meisten Merkblätter zu 26 bis 40 % verstanden werden, und nur wenige zu 75 % oder mehr. Durch Ärzte vermittelte Informationen werden zu 37 bis 60 % wieder vergessen. Dabei hängt das Ausmaß des Vergessens von verschiedenen Faktoren ab: Je mehr dem Patienten erzählt wird, desto mehr vergißt er; Patienten neigen dazu, diagnostische Informationen am besten, therapeutische Anweisungen am schlechtesten zu behalten; mit dem medizinischen Grundwissen steigt auch das Ausmaß der behaltenen Informationen; ältere Patienten vergessen in der Regel mehr als jüngere. Das Intelligenzniveau der Patienten steht nach diesen Arbeiten in keiner Beziehung zu der Vergessensrate.

LEEB u. Mitarb.[2] befragten 100 Patienten sieben Tage nach erfolgter ausführlicher, standardisierter Aufklärung anhand eines Formblatts vor plastisch-chirurgischen Operationen. Die Patienten konnten wesentliche Informationen zu durchschnittlich 35 % richtig wiedergeben, Privatpatienten und Patienten mit weiterführender Schulbildung zu einem signifikant höheren Prozentsatz, wie die jeweiligen Vergleichsgruppen. Interessanterweise gaben in dieser Studie die ängstlichen, als sehr nervös eingeschätzten Patienten die Informationen wesentlich besser wieder, als die ruhig erscheinenden. ROBINSON und MERAV[3] testeten das Erinnerungsvermögen an ein Aufklärungsgespräch

---

1) Ley: Verstehen und Behalten ...

2) Leeb, D.; Bowers, D. G., Jr.; Lynch, J. B.: Observations on the myth of "informed consent". Plast. Reconstr. Surg. 58, 280-282 (1976).

3) Robinson, G.; Merav, A.: Informed consent: Recall by patients tested postoperatively. Ann. Thorac. Surg. 22, 209-212 (1976).

vor Herzoperationen vier bis sechs Monate nach der Operation. Dabei unterschieden sie eine primäre Wiedergabe auf offene Fragen von einer sekundären Wiedergabe nach Vorlage bestimmter, im Aufklärungsgespräch besprochener Begriffe. Die durchschnittliche primäre Wiedergabe lag bei 29 %, die sekundäre bei 42 %. Die Patienten erinnerten sich in dieser Studie am schlechtesten an Informationen über spezielle Operationskomplikationen. In der Arbeit von PRILUCK u. Mitarb.[1] über das Erinnerungsvermögen nach Netzhautoperationen wurden die Patienten zwei bis elf Tage nach der Operation anhand von offenen Fragen (primäre Wiedergabe) nachbefragt. Während 97 % angaben, zufriedenstellend aufgeklärt worden zu sein, konnten sich nur 57 % richtig an wesentliche Informationen erinnern. Von den verschiedenen im Aufklärungsgespräch besprochenen Punkten wurden die Fragen zum Verlauf der Krankheit und zu möglichen Behandlungsalternativen am besten beantwortet, während Informationen zur Wiederherstellung der Sehkraft und zu möglichen Risiken und Komplikationen am schlechtesten wiedergegeben wurden. PRILUCK u. Mitarb. führen die schlechte Aufnahme und Verarbeitung der Informationen auf die Ängstlichkeit, Besorgnis und den daraus folgenden Mangel an Aufmerksamkeit kurz vor der Operation zurück. Danach kann außerdem festgestellt werden, daß vor allem für die Patienten günstige Mitteilungen im Gedächtnis behalten, und eher negative oder drohende Folgen verdrängt werden. Schließlich bestätigten ELLIS u. Mitarb.[2], daß schriftliche Patienteninformationen mündliche wesentlich ergänzen können, und daß die Kenntnisse der Patienten über Diagnose, Behandlung und Prognose gegenüber ausschließlich mündlichen Informationen erheblich anstiegen.

---

1) Priluck, I.A.; Robertson, D. M.; Buettner, M. D.: What patients recall of the preoperative discussion after retinal detachment surgery. Am. J. Ophthalmol. 87, 620-623 (1979).

2) Ellis, D. A. ; Hopkin, J. M.; Leitch, A. G.; Sir Crofton, J.: "Doctors orders". Controlled trial of supplementary, written information for patients. Brit. Med. J. 456 (1979).

Nach LEY u. Mitarb.[1] kann das Verstehen und Behalten durch verschiedene Techniken verbessert werden: Die Patienten sehen die Informationen, die ihnen zuerst mitgeteilt werden, als wichtigste an und behalten diese am besten; eindeutiges Unterteilen der Informationen und Einordnung unter bestimmte Oberbegriffe, Vereinfachung, d. h. Verwendung einfacher Worte und kurzer Sätze, und schließlich genaue, spezifische Ratschläge statt allgemeiner Aussagen[2] verbessern das Verständnis und das Erinnerungsvermögen. Der Zusammenhang mit der Zufriedenheit der Patienten und mit der Patienten-Compliance wurde bereits ausgeführt. Trotzdem scheinen die Anstrengungen zur Verbesserung der Übermittlung von Aufklärungsinhalten auf natürliche Grenzen zu stoßen:

> "Trotz vielversprechender Erfolge ist anzunehmen, daß sogar zufriedene und vollinformierte Patienten nicht unbedingt alle Ratschläge befolgen. Außerdem steht fest, daß die gute Übermittlung von Informationen nicht immer die Compliance erhöht."3)

Nach übereinstimmender Auffassung ist die Prüfung des Erinnerungsvermögens und des Verständnisses der Patienten ein wichtiger Anhalt für die Wirksamkeit einer erfolgten Aufklärung. Sie gibt dem Arzt das notwendige "feed-back" für seine aufklärenden Maßnahmen.

---

1) Ley, P.; Bradshaw, P. W.; Eaves, D. E.; Walker, C. M.: A method for increasing patients recall of information presented to them. Psychol. Med. 3, 217 (1973).

2) vgl. auch Bradshaw, P. W.; Ley, P.; Kincey, J. A.; Bradshaw, J.: Recall of medical advice - comprehensibility an specifity. Br. S. Soc. Clin. Psychol. 14, 55 (1975).

3) Ley: Verstehen und Behalten ...

3. Praktische Ausführung der Aufklärung und Fragestellung der Arbeit.

Mit Hinblick auf die juristischen und ärztlichen Anforderungen an eine umfassende Aufklärung des Patienten in der Klinik wurde an der Universitäts-Augenklinik Würzburg für Katarakt- und Glaukom-Patienten ein umfassendes Aufklärungskonzept ausgearbeitet. Der Kataraktpatient wird in der Regel vom niedergelassenen Arzt nach längerer Betreuung in die Klinik überwiesen, wenn sich die Notwendigkeit der Kataraktextraktion ergibt. Der Patient wird in der Poliklinik voruntersucht und gegebenenfalls zur Operation einbestellt. Am Vortag der Operation wird er vom Stationsarzt aufgeklärt und vom Anästhesisten untersucht. Nach der Operation kann er nach einer ca. einwöchigen Nachbehandlung entlassen werden und wird bis zur Anpassung der Starbrille, bzw. der Kontaktlinse, zu Kontrolluntersuchungen einbestellt. Besondere Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen ergeben sich für den Patienten, dem eine Kunststofflinse eingepflanzt werden soll. Diesem kurz skizzierten einfachen Krankheitsverlauf entsprechend kann sich die Aufklärung des Patienten vor der Operation auf eine kurze Darstellung der wichtigsten Informationen über die Grundlagen der Krankheit und die operative Therapie beschränken. Dies wird dem Patienten zusammen mit der speziellen präoperativen Aufklärung über mögliche Risiken und Komplikationen und über den postoperativen Krankheitsverlauf mitgeteilt. In einem persönlichen Gespräch am Vortag der Operation mit dem Stationsarzt können noch offene Fragen besprochen werden, bevor der Patient sein Einverständnis zur Operation gibt.

Im Gegensatz zur Kataraktoperation stellt die Behandlung des Glaukomkranken in vielfacher Hinsicht besondere Anforderungen an den behandelnden Arzt, um das Vertrauen des Kranken und seine weitere Mitarbeit zu sichern. Der schleichende Verlauf des Glaucoma simplex ohne subjektive Beschwerden verlangt vom Patienten ein ungewöhnlich großes Verständnis bei der medikamentösen oder operativen Behandlung seiner Erkrankung. Anders als bei der Kataraktextraktion kommt der Behandlungserfolg

nicht in einer Visusbesserung zum Ausdruck. Die Aufklärung des Glaukompatienten darf deshalb nicht erst unmittelbar vor der Operation erfolgen. Bei dem langjährigen Verlauf ist eine umfassende frühzeitige Information nötig. Auf der Grundlage dieser Vorinformation beschränkt sich später eine präoperative Aufklärung auf Art und Notwendigkeit des geplanten Eingriffs und auf mögliche Komplikationen und Risiken bei der Operation. Für den Glaukomkranken stellt deshalb eine Stufenaufklärung die beste Lösung dar. Üblicherweise besteht die erste Stufe der Aufklärung in einem kurzen Gespräch, in dem die Diagnose und die notwendige Therapie mitgeteilt werden. Dabei versteht der Kranke die Bedeutung der Diagnose in der Regel noch nicht richtig und kann sie in der zur Verfügung stehenden Zeit auch nicht umfassend erläutert bekommen. Die Antworten der Ärzte auf seine Fragen kann er oft nicht richtig einordnen, weil ihm ein grundlegendes Verständnis der Krankheit fehlt. Deshalb erhält der Kranke nach der ersten kurzen mündlichen Information ein Merkblatt ausgehändigt[1)], welches er zuhause in Ruhe nachlesen kann. Da diese Information jedoch über das unmittelbar praktisch Notwendige nicht hinausgeht, erhält der Patient, sofern er Interesse zeigt, als zweite Stufe der Information eine umfassende Aufklärung in Form eines kleinen Buches[2)]. Für den Fall der Operation erfolgt auf einer dritten Stufe, ähnlich wie vor der Kataraktoperation, eine spezielle präoperative Aufklärung anhand eines standardisierten Aufklärungsblattes. In einem anschließenden persönlichen Gespräch mit dem Stationsarzt werden individuelle Probleme des Patienten besprochen und noch offene Fragen beantwortet. Erst am Schluß dieser Stufenaufklärung gibt der Patient sein Einverständnis zu dem vorgesehenen Eingriff.

---

1) vgl. Leydhecker, W.: Glaukom. Ein Handbuch. 2. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York 1973, S. 500 f.

2) Leydhecker, W.: Alles über grünen Star. Stuttgart 1978.

3.1. Schriftliche Patienteninformationen vor der Katarakt- und Glaukomoperation.

Für die unmittelbare präoperative Aufklärung vor der Katarakt- und Glaukomoperation wurden an der Universitäts-Augenklinik Würzburg Aufklärungsblätter entworfen (siehe Abb. 1 und 2 - Anhang -). Diese Formblätter stellen für den nicht vorinformierten Patienten zunächst kurz die Grundlagen der Krankheit, der Behandlung und der Prognose dar und klären alle Patienten über allgemeine und spezielle Komplikationen und Risiken bei oder nach der Operation auf. Besondere individuelle Risikofaktoren können sowohl bei der Glaukom-, als auch bei der Kataraktoperation handschriftlich eingefügt werden. Die Auswahl der aufgeführten Früh- und Spätkomplikationen bei der Kataraktoperation stützt sich auf eine Studie an der Universitäts-Augenklinik Würzburg[1)], in der in einem Zeitraum von 6 Jahren bei 4300 Staroperationen der Operationsverlauf und die Komplikationen anhand von Computerbögen ausgewertet wurden. Dabei verliefen 85,4 % der Operationen ohne jede Komplikation, bei 14,6 % traten intraoperative Komplikationen auf; diese sind in Tabelle 1 - Anhang - aufgeführt. Bei 614 Patienten wurde 1 bis 3 Jahre nach der Operation geprüft, ob und welche Spätkomplikationen auftreten. Diese Spätkomplikationen mit der jeweiligen Häufigkeit sind in Tabelle 2 - Anhang - aufgeführt.

---

1) Gramer, E.; Leydhecker, W.; Krieglstein, G. K.: Erste Erfahrungen mit der schriftlichen Aufklärung des Patienten vor der Operation. Sitzungsbericht der 137. Versammlung der Rhein./Westf. Augenärzte (4. Nov. 1979).

Die Untersuchungen über Früh- und Spätkomplikationen geben nun die Grundlage für die Aufklärung des Patienten.

Der Text der Aufklärungsblätter ist so gehalten, daß er ohne besondere Vorbildung verständlich ist. Prozentangaben über Komplikationshäufigkeiten wurden nicht im einzelnen genannt, sondern nur von seltenen oder bei Komplikationshäufigkeiten unter 0,5 % von sehr seltenen Komplikationen gesprochen.

Der präoperativen Aufklärung ist auf demselben Formblatt die Einverständniserklärung des Patienten, die den juristischen Anforderungen an eine umfassende Aufklärung entspricht, angefügt. Die ausreichende Aufklärung des Patienten wird durch die Unterschrift des Arztes, der das Aufklärungsgespräch geführt hat, dokumentiert, und die Einwilligung des Patienten in den operativen Eingriff wird durch seine Unterschrift, bzw. die des Sorgeberechtigten, bestätigt.

Nach erfolgter Aufklärung des Patienten vor einem operativen Eingriff stellt sich für den Arzt die Frage, wie hat der Patient die Mitteilungen aufgenommen, welche Wirkungen haben sie auf seinen seelischen Zustand und wieviel Informationen kann er aufnehmen und nach der Operation noch in Erinnerung behalten? Zur Beurteilung der Wirksamkeit eines Aufklärungskonzepts und zu dessen Verbesserung entsprechend den Bedürfnissen der Patienten ist ein solches "feed-back" äußerst wertvoll. Mit dieser Zielsetzung wurden in einer pilot-studie[1)] 52 Patienten vor der Katarakt-Operation aufgeklärt und nach Verständlichkeit und möglicher angstauslösender Wirkung des Aufklärungsblattes, zum gewünschten Aufklärungszeitpunkt,

---

1) Leydhecker, W.; Gramer, E.; Krieglstein, G. K.: Erste Erfahrungen mit der schriftlichen Aufklärung von Patienten vor Kataraktoperation. Klin. Mbl. Augenheilk. 175, 262-267 (1979).

zur Auswirkung der frühzeitigen Aushändigung des Aufklärungsblattes und zur Änderung des Vertrauensverhältnisses Patient-Arzt-Klinik durch die Aufklärung befragt. Diese Voruntersuchung ergab durchweg positive Ergebnisse.

In Erweiterung dieser Studie wurden nun Katarakt- und Glaukompatienten nach präoperativer Aufklärung befragt. Dabei sollte die Zufriedenheit der Patienten mit der gewählten Aufklärungsform, die Verständlichkeit des Aufklärungstextes und mögliche Verbesserungsvorschläge der Patienten herausgefunden werden. Weiterhin interessierten die Beurteilungen und die Erwartungen der Patienten bezüglich Zeitpunkt der Aufklärung, Ausführlichkeit der mitgeteilten Informationen und Form der Aufklärung, d. h. schriftlich oder mündlich, durch den Operateur persönlich oder durch einen anderen Arzt, für jeden Patienten individuell oder in einer Gruppe. Ferner wurde die Wirkung der Aufklärung auf den seelischen Zustand der Patienten vor der Operation und auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient untersucht. Schließlich stand zur Frage, ob und inwieweit die Patienten die im Rahmen der Aufklärungsmaßnahmen gegebenen Informationen verstehen und in welchem Maße sie sich nach der Operation daran erinnern. Von besonderem Interesse war die Abhängigkeit der gefundenen Ergebnisse vom Alter, von der Ängstlichkeit unmittelbar vor der Operation und von der Verständnisfähigkeit der Patienten.

3.2. Basisaufklärung des Patienten durch ein Informationsbuch.

Die Basisaufklärung des interessierten Glaukompatienten durch ein Informationsbuch stellt die zweite Stufe einer Aufklärung bei Glaukom dar. Das Buch informiert in für den Laien verständlicher Form über das Wesen der Krankheit, die gebräuchlichen Untersuchungsmethoden, die Grundzüge der medikamentösen und

operativen Therapie, die Prognose der Erkrankung und gibt Ratschläge zur Lebensweise. Das Buch soll in erster Linie dazu dienen, die "Compliance", also die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient wirksamer zu gestalten.

In Ergänzung der Arbeit über die Reaktionen des Patienten auf eine präoperative Aufklärung wurden in einer Zusatzstudie die Reaktionen der Kranken auf dieses Buch geprüft. Die Fragen bezogen sich auf die schon vorhandene Vorinformation und das allgemeine Interesse der Patienten für eine Buchinformation. Ferner wird nach Verständlichkeit, Ausführlichkeit und Hilfestellung des Buches für den Patienten im Umgang mit der Erkrankung gefragt und die Auswirkung einer Buchinformation auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient untersucht. Schließlich sollte in einer Nachbefragung, ähnlich wie nach der präoperativen Aufklärung, das Verständnis und das Erinnerungsvermögen der Patienten 4 bis 6 Tage nach der Lektüre des Buches geprüft werden.

4. Untersuchungsmethode.

4.1. Präoperative Aufklärung und Befragung.

In einem Zeitraum von ca. 6 Monaten wurden alle Patienten vor Katarakt- und Glaukomoperationen nachmittags am Vortag der Operation im Arztzimmer der Station anhand der Aufklärungsblätter (s. Abb. 1 und Abb. 2) aufgeklärt. Wegen des schlechten Sehvermögens mancher Patienten wurde der Text allen von derselben Person vorgelesen. Hierdurch war die Aufklärung in Form und Zeitpunkt vor der Operation weitgehend standardisiert. Alle beim Vorlesen des Textes aufgetretenen Zwischen- oder Zusatzfragen wurden im einzelnen erläutert. Besondere individuelle Risikofaktoren - bei der Kataraktoperation z.B. Zustand nach Glaukomoperation, Diabetes, Einpflanzung einer Kunststofflinse, bei der Glaukomoperation Sekundär-Glaukom, wiederholte Operation, Diabetes u.a. - wurden mit den Patienten besprochen und handschriftlich in das Aufklärungsblatt eingefügt. In einem anschließenden kurzen Gespräch wurden individuelle Fragen und Probleme der Patienten soweit wie möglich angesprochen mit dem Ziel, beruhigend auf die Patienten einzuwirken. Die gesamte Aufklärungszeit wurde mit einer Stoppuhr, unbemerkt vom Patienten, gemessen. Danach unterschrieb der Patient die Einverständniserklärung zur Operation.

Für die Untersuchung der Reaktionen der Patienten auf diese präoperative Aufklärung wurde ein Fragebogen entworfen (s. Abb. 3 - Anhang -). Die ersten zwölf Fragen wurden im unmittelbaren Anschluß an die Aufklärung gestellt, um die Wirkung auf die Patienten unter dem direkten Eindruck der eben erfolgten Aufklärung zu erfassen. Bei diesen Fragen, die vor allem die emotionalen Reaktionen der Patienten auf die Aufklärung erfassen, hätte eine spätere Befragung nach der Operation wahrscheinlich ein zu positives und deshalb nicht realistisches Bild ergeben, da die Patienten dann von der Operationsangst entlastet wären. Vier bis sechs Tage nach der Operation wurden den Patienten weitere sieben Fragen vor-

gelegt, die vor allem die Wünsche der Patienten bezüglich der praktischen Ausführung der Aufklärung in der Klinik betreffen. Im dritten Abschnitt des Fragebogens sollte dann das Verständnis und das Erinnerungsvermögen vier bis sechs Tage nach der Operation geprüft werden. Sämtliche Fragen wurden dem Patienten vom Untersucher vorgelesen, bei Verständnisschwierigkeiten der oft älteren Patienten wurde der Frageninhalt im einzelnen erläutert und dann die Frage erneut gestellt. Die Befragung wurde ebenso wie das Aufklärungsgespräch von demselben Untersucher ausgeführt, um eine Beobachtervariation auszuschließen.

Die ersten zwölf Fragen (Teil a des Fragebogens) unmittelbar im Anschluß an das Aufklärungsgespräch beziehen sich auf die Verständlichkeit und Ausführlichkeit des Aufklärungstextes, auf den gewünschten Aufklärungszeitpunkt, auf die mögliche angstauslösende Wirkung des Aufklärungsblattes und dessen frühzeitiger Aushändigung und auf die Änderung des Vertrauensverhältnisses des Patienten zum Arzt bzw. zur behandelnden Klinik. Diese Fragen wurden aus der pilot-studie[1] übernommen, die Ergebnisse der 52 Patienten der Voruntersuchung wurden denjenigen dieser Arbeit hinzugefügt. Die Fragen 13 bis 19 (Teil b des Fragebogens) beziehen sich auf die Vorinformation vor der stationären Aufnahme, auf die Erwartungen der Patienten in bezug auf die Ausführlichkeit der Informationen und die Mitteilung von Komplikationshäufigkeiten in Prozenten. Ferner sollte herausgefunden werden, von wem die Patienten aufgeklärt werden wollen, und wie sie verschiedene Formen, schriftliche oder mündliche Aufklärung bzw. Aufklärung in einer Gruppe von Patienten mit der gleichen Operation, beurteilen.

Im dritten Abschnitt des Fragebogens (Teil c) wurden den Patienten neun Verständnisfragen vorgelegt. Damit sollten Merkfähigkeit und Verständnis geprüft werden. Die Verständnisfragen

---

[1] Leydhecker u. Mitarb.: Erste Erfahrungen ... .

bestehen aus Aussagen, die sich jeweils auf den Inhalt der Glaukom- bzw. Kataraktaufklärungsblätter beziehen, und die die Patienten jeweils mit "richtig", "falsch" und "ich weiß nicht" beantworten sollten. Bei Frage 9 über die ungefähre Wahrscheinlichkeit des Operationserfolgs sollte aus vier Prozentzahlen die richtige genannt werden. Jede Aussage konnte also mit "zutreffend beantwortet", "nicht zutreffend beantwortet" und mit "nicht gewußt" bewertet werden. Damit war auch einigermaßen eine Unterscheidung in ein falsches Verständnis der Aufklärungsinhalte bei nicht zutreffend beantworteten Fragen und in ein mangelndes Erinnerungsvermögen mit nicht mehr gewußten Informationen möglich.

Weiterhin wurde versucht, subjektiv vom Untersucher aus die Verständnisfähigkeit und die Stimmung der Patienten zu beurteilen, wobei die Fähigkeit der Patienten, die Aufklärung zu verstehen, mit "gut" oder "schlecht" bewertet wurde. Bei reduzierter Merk- oder Verständnisschwierigkeit vor allem aufgrund hohen Alters wurde dies als "schlecht" bewertet. Ferner beurteilte der Untersucher den seelischen Zustand der Patienten vor der Operation mit "ängstlich" oder "gelassen". Nach einem ca. 30-minütigen Gespräch (ca. 15 Minuten Aufklärung, ca. 15 Minuten Befragung) läßt sich hierüber auch ohne eingehende psychologische Testung ein ungefährer Eindruck gewinnen, wobei man sich allerdings der Möglichkeit einer falschen oder unzureichenden Beurteilung bewußt sein muß. Außerdem wurde auf dem Fragebogen Alter, Beruf und Schulbildung der Patienten unter Wahrung der Anonymität festgehalten.

Befragt wurden 118 Patienten, 64 mit Katarakt und 54 mit Glaukom; 55 Männer (47 %) und 63 Frauen (53 %). Das Alter der Patienten variierte zwischen 20 und 85 Jahren, das Durchschnittsalter betrug 63,7 Jahre, 62,2 Jahre bei den Glaukompatienten und 65,1 Jahre bei den Kataraktpatienten. 52 Patienten (44 %) waren unter 65 Jahre alt, 66 (56 %) waren 65 Jahre und älter.

86 Patienten (73 %) lagen auf der Allgemeinstation und 32 (27 %) auf der Privatstation. Bei der Auswertung der Befragung (Tab. 3 - 11) sind zum Vergleich auch die Ergebnisse der pilot-studie[1)] aufgeführt und bei den aus dieser Studie übernommenen 12 Fragen zusätzlich die Ergebnisse auf der Grundlage von 116 befragten Kataraktpatienten (62 Männer, 54 Frauen, Durchschnittsalter 67,2 Jahre).

4.2. Basisinformation in Form eines Buches.

Alle Glaukomkranken, die in einem Zeitraum von ca. vier Monaten in der Klinik zur Druckeinstellung oder zur Operation stationär aufgenommen wurden, hatten die Möglichkeit, das Buch "Alles über grünen Star" zu lesen. Insgesamt wurde 95 Patienten das Buch auf der Station angeboten mit der Bitte, es während des Klinikaufenthalts zu lesen und anschließend einen Fragebogen auszufüllen. Den Patienten wurde erklärt, die Befragung bleibe absolut anonym und die Beantwortung des Fragebogens habe in keiner Weise Einfluß auf die Behandlung. Sie sollten die Fragen ohne Beeinflussung vom Untersucher und von der Person des Buchautors offen und ehrlich beantworten und Gefälligkeitsantworten vermeiden. Von den 95 Patienten waren 38 (40 %) infolge ihrer schlechten Sehkraft nicht in der Lage, das Buch vollständig zu lesen, 5 Patienten zeigten kein Interesse an der Lektüre. Die verbleibenden 52 Patienten (55 %), die angaben, das Buch vollständig gelesen zu haben, wurden bei der Rückgabe des Buches darum gebeten, einen Fragebogen (s.Abb. 4 - Anhang -) auszufüllen.

Der erste Teil des Fragebogens (Teil a der Abb. 4) bezieht sich auf das Ausmaß der vorher schon vorhandenen Informationen und auf das

---

1) Leydhecker u. Mitarb.: Erste Erfahrungen ...

allgemeine Interesse der Patienten an einer Buchinformation. Ferner wird nach Ausführlichkeit, Verständlichkeit und Hilfestellung des Buches im Umgang mit der Erkrankung gefragt. Schließlich interessierte die Auswirkung einer Buchinformation auf das seelische Befinden der Patienten und auf ihr Vertrauensverhältnis zum Arzt.

Ca. 4 - 6 Tage nach Rückgabe des Buches erhielten die Patienten den zweiten Teil des Fragebogens (Teil b der Abb. 4), mit dem geprüft werden sollte, wie sie die Buchinformationen verstanden hatten und an welche Einzelangaben sie sich nach diesem Zeitraum noch erinnern. Dazu erhielten die Patienten zehn Verständnisfragen, wobei jede einzelne einen bestimmten, im Buch dargestellten Gesichtspunkt der Krankheit oder der Behandlung anspricht. Jede dieser Fragen enthält zwei Teilfragen (A und B) mit jeweils drei Antwortmöglichkeiten: "Stimmt", "stimmt nicht" und "ich weiß nicht". Bei Frage drei nach der durchschnittlichen, physiologischen Größe des Augeninnendrucks sollte von drei Möglichkeiten die richtige angegeben werden. Jede dieser zehn Gesamtfragen galt nur dann als zutreffend beantwortet, wenn jeweils beide Teilfragen zutreffend beantwortet waren. Der Bewertungsmaßstab dieser Nachbefragung, bei der die Patienten bei jeder Frage von sechs Antwortmöglichkeiten jeweils zwei zutreffende herausfinden mußten, war strenger als bei der oben dargestellten Nachbefragung nach präoperativer Aufklärung. Die zufällig richtige Beantwortung einer Frage war damit mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen, auf inhaltlich genaue und vollständige Wiedergabe der Buchinformationen wurde hier besonderer Wert gelegt.

Von den 52 Patienten, 27 Männer und 25 Frauen, waren 31 (60 %) unter 65 Jahre, 21 (40 %) 65 Jahre und älter. Das Durchschnittsalter betrug 59,5 Jahre. 18 Patienten (35 %) waren als Privatpatienten, 34 (65 %) in der Allgemeinstation aufgenommen.

5. Ergebnisse

5.1 Die Reaktionen der Patienten auf die schriftliche präoperative Aufklärung bei Katarakt und Glaukom.

5.1.1. Subjektive Beurteilung der Befragten und durchschnittliche Aufklärungszeit.

Bei der subjektiven Beurteilung der Befragten hinsichtlich Verständnisfähigkeit und Ängstlichkeit machte die Mehrzahl der Patienten den Eindruck, daß sie gut fähig waren, die Aufklärung zu verstehen, und verhältnismäßig wenig Patienten zeigten eine überdurchschnittliche ängstliche Erwartungsspannung. 94 Patienten (80 %) zeigten ein "gutes" Verständnis, bei 24 Patienten (20 %) war die Verständnisfähigkeit altersbedingt vermindert. Dabei gab es keine Unterschiede zwischen Katarakt- und Glaukompatienten. 88 Patienten (75 %) machten in dem etwa 30 Minuten dauernden Gespräch (ca. 15 Minuten Aufklärung, ca. 15 Minuten Befragung) keinen ängstlichen Eindruck, 25 % schienen in mäßiger Erwartungsspannung zu sein, kein einziger Patient zeigte eine übergroße Angst vor dem Eingriff. Nach dieser selbstverständlich nur groben Beurteilung zeigten die Glaukompatienten mit 30 % gegenüber den Kataraktpatienten mit nur 22 % eine etwas größere Ängstlichkeit. Frauen machten einen ängstlicheren Eindruck als Männer, die Ängstlichkeit war jedoch bei den älteren Patienten nicht größer als bei den jüngeren Patienten.

Die Aufklärungszeit, also das Vorlesen des Aufklärungstextes mit Erläuterung und die Beantwortung und Besprechung noch offener Fragen, lag zwischen 7 und 30 Minuten, und betrug im Durchschnitt 15,1 Minuten. Entsprechend dem komplexen Krankheitsbild lag sie bei Glaukompatienten mit 16,4 Minuten höher als bei Kataraktpatienten mit 14 Minuten. Sowohl bei Katarakt als auch bei Glaukom war sie auf der Privatstation

höher als auf der Allgemeinstation (durchschnittlich 20 Minuten). Bei Kataraktpatienten war die Aufklärungszeit relativ unabhängig von Alter und Geschlecht des Patienten, während die jüngeren Glaukompatienten in einem durchschnittlich fast 19minütigen Aufklärungsgespräch doch ein deutlich höheres Interesse an den Informationen zeigten als die älteren Patienten.

5.1.2. Vorinformation, Bewertung der Aufklärung und Verbesserungsvorschläge der Patienten.

Die Ergebnisse der Antworten auf diese Fragen sind in Tabelle 3 - Anhang - dargestellt.

Nach eigener Beurteilung waren nur 37 % der Patienten durch ihren Augenarzt ausreichend vorinformiert. 56 % (59 % der Katarakt- und 52 % der Glaukompatienten) bezeichneten die Basisinformation vor der stationären Aufnahme als unzureichend. Die Vorinformation war schlechter bei den älteren und bei den ängstlichen Patienten (29 % bzw. 30 %) und bei den Patienten mit "schlechter" Verständnisfähigkeit (21 %). Unmittelbar nach dem Aufklärungsgespräch empfanden 93 % der Patienten die Aufklärung als umfassend und ihrem Verständnis angemessen. Dabei ergaben sich bei den verschiedenen Teilgruppen keine nennenswerten Unterschiede. Auch die Patienten mit größerer Ängstlichkeit und schlechterem Allgemeinverständnis bezeichneten die Aufklärung zu 87 % bzw. 83 % als ihren Bedürfnissen angemessen. 33 % aller Patienten nannten Verbesserungsvorschläge: Die Kataraktpatienten am häufigsten Informationen über Verhaltensweisen vor und nach der Operation und eine frühere Aufklärung, die Glaukompatienten wünschten Merkblätter und Illustrationen bei der Erklärung der Krankheit und des Eingriffs, ebenfalls eine frühere Aufklärung und eine bessere Basisaufklärung in der Praxis und in einigen Fällen Auskünfte über verschiedene spezielle Operationsmethoden.

5.1.3. Ausführlichkeit der Aufklärung.

Die Ergebnisse der Antworten auf die Fragen nach der Ausführlichkeit und Genauigkeit der Aufklärung sind in Tabelle 4 - Anhang - dargestellt.

76 % der Patienten wünschten ausdrücklich eine ausführliche Aufklärung über ihre Krankheit. Die Glaukompatienten zeigten mit 87 % ein deutlich höheres Interesse an genauen und ausführlichen Informationen als die Kataraktpatienten (67 %). Ebenso war das Bedürfnis nach einer ausführlichen Aufklärung bei den jüngeren Patienten und bei den Kranken, die als "gelassen" und in ihrem Verständnis als "gut" eingeschätzt wurden, größer als in den entsprechenden Vergleichsgruppen. Über 90 % empfanden den Umfang der schriftlichen Aufklärung als angemessen, wobei sich keine nennenswerten Unterschiede bei den Teilgruppen ergaben. Einem Drittel der Patienten hätte eine mündliche Aufklärung ohne Einzelheiten genügt, während die gewählte schriftliche Aufklärung mit detaillierter Erläuterung der möglichen Komplikationen von 68 % aller Patienten gut geheißen wurde. Von den älteren und von den ängstlichen Patienten hätten sich jeweils über 40 % mit einer mündlichen Aufklärung begnügt, von den Patienten mit schlechtem Allgemeinverständnis sogar 71 %. 28 % der Kranken wollen bei der Mitteilung der einzelnen Komplikationen wissen, wie häufig diese, in Prozentzahlen ausgedrückt, vorkommen. Dabei halten mehr Glaukompatienten (33 %) als Kataraktpatienten (23 %) eine genaue Angabe der Komplikationshäufigkeit für wichtig. Ebenso sind die jüngeren und nicht ängstlichen Patienten mehr an Prozentzahlen interessiert.

Zusammenfassend kann man feststellen, daß die Mehrzahl der befragten Patienten an ausführlichen und genauen Informa-

tionen vor der Operation interessiert ist. Die vorgelesenen schriftlichen Aufklärungsbögen wurden dabei von fast allen Patienten als im Umfang angemessen bezeichnet. Die Glaukompatienten zeigen grundsätzlich ein verstärktes Informationsbedürfnis und sind auch zu rd. 1/3 an der genauen Angabe von Komplikationshäufigkeiten interessiert. Nicht überraschend ist das durchweg geringere Informationsbedürfnis der älteren und der ängstlichen Patienten und vor allem auch der Kranken mit "schlechter" Verständnisfähigkeit.

5.1.4. Zeitpunkt der Aufklärung.

Die Ergebnisse der Antworten zu dem von den Patienten gewünschten Zeitpunkt der Aufklärung sind in Tabelle 5 - Anhang - dargestellt.

66 % der Patienten wollten nicht wesentlich früher als am Tage vor der Operation aufgeklärt werden, rd. 1/3 wünschte die Aufklärung zu einem früheren Zeitpunkt, z. B. schon beim Verabreden des stationären Aufnahmetermins. Der beste Zeitpunkt einer präoperativen Aufklärung liegt nach Ansicht der meisten Patienten (69 %) einige Tage vor der Operation, die restlichen Patienten ziehen einen früheren Zeitpunkt vor, 21 % wünschen die Aufklärung in einem Zeitraum von Wochen und 9 % in einem Zeitraum von Monaten vor dem Eingriff. Die jüngeren Patienten wollen früher aufgeklärt werden (46 % gegenüber 24 % der älteren) und wünschen zu rd. 30 % das Aufklärungsgespräch einige Wochen vor dem Eingriff. 64 % der Patienten wollten die schriftliche Patienteninformation nach Hause mitnehmen. Dabei zeigten die Glaukomkranken mit 74 % ein deutlich höheres Interesse daran, sich den Text des Aufklärungsblattes zu Hause in Ruhe durchzulesen, als die Kataraktpatienten mit 46 % (n = 116). Ebenso zeigte sich auch ein deutlicher Unterschied in dieser Frage bei Patienten mit unterschiedlich beurteilter Verständnisfähigkeit:

Im Gegensatz zu den mit "gutem Verständnis" beurteilten Patienten zeigten die Kranken mit "schlechter Verständnisfähigkeit" ein geringes Interesse an einem frühzeitig ausgehändigten Merkblatt (72 % gegenüber nur 33 %).

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die meisten Patienten für eine spezielle präoperative Aufklärung einen Zeitraum von einigen Tagen für geeignet halten. Vor allem die Patienten unter 65 Jahren mit "guter Verständnisfähigkeit" wünschen sich eine Basisinformation schon Wochen vor dem Eingriff, z. B. in Form einer schriftlichen Patienteninformation, die ihnen nach Hause mitgegeben wird.

5.1.5. Gewünschte Form einer Aufklärung.

Die Ergebnisse der Antworten auf diese Fragen zeigt Tabelle 6 - Anhang -.

84 % sind mit einem ausführlichen Formblatt und anschließender mündlicher Klärung der offenen Fragen durch den Arzt einverstanden. Dabei zeigen sich weder Unterschiede bei Patienten mit Katarakt und Glaukom, noch bei Kranken mit unterschiedlichem Alter, seelischem Befinden und Verständnisfähigkeit. Nur 20 % aller Patienten, aber 26 % der Glaukomkranken, erwarten eine präoperative Aufklärung vom Operateur persönlich, 80 % (74 % bei Glaukom) genügt das Gespräch mit einem anderen kompetenten Arzt. Über 80 % haben keine Einwände gegen ein Aufklärungsgespräch zusammen mit anderen Patienten, die sich am gleichen Tag derselben Operation unterziehen. Auch hier äußerten die Glaukomkranken mit 28 % größere Vorbehalte.

Die praktizierte Form, eine schriftliche Aufklärung anhand eines Aufklärungsblattes, kombiniert mit einem persönlichen Gespräch vor der Operation, wurde von den Patienten gut aufgenommen und entspricht den Anforderungen, die sie an die Aufklärung in der Klinik stellen. Der Wunsch nach einer stär-

keren individuellen Aufklärung der Glaukomkranken und teilweise auch der ängstlichen Patienten geht daraus hervor, daß sie zu einem größeren Teil mit dem Operateur persönlich sprechen wollen und größere Vorbehalte gegen eine Aufklärung in Gruppen geltend machen.

5.1.6. Wirkung der Aufklärung auf das seelische Befinden der Patienten.

Die Ergebnisse der Antworten auf diese Fragen zeigt Tabelle 7 - Anhang -.

41 % der Patienten sahen sich in ihrer Entscheidung zur Operation durch die ausführliche Aufklärung erleichtert. Nur 3 % (5 % der Glaukompatienten) gaben an, daß ihnen die Einwilligung zur Operation jetzt schwerer falle. Bei den übrigen Patienten (56 %) war die Bereitschaft zur Einwilligung unverändert. Die Angabe von Prozentzahlen über den Operationserfolg wirkte auf 41 % beruhigend. Die Mehrzahl (57 %) fühlte sich weder beruhigt noch beunruhigt. Bei dieser Frage zeigte sich ein interessanter Unterschied zwischen Katarakt- und Glaukompatienten. Die Kranken mit Katarakt, die durch die Operation bezüglich der Sehkraft meist nur gewinnen können, fühlen sich in Anbetracht der geringen Mißerfolgsquote bei Kataraktextraktion in der Mehrzahl durch die Angabe der hohen Wahrscheinlichkeit des Operationserfolgs beruhigt. Dagegen wirkte die Mitteilung der entsprechenden Zahlenangaben bei Glaukom nur auf 24 % beruhigend, 70 % gaben keine Änderung in ihrem seelischen Befinden an. In gleicher Weise wirkt die Angabe der Wahrscheinlichkeit des Operationserfolgs auf jüngere und "gelassene" Patienten und auf Kranke mit "guter" Verständnisfähigkeit in höherem Maße beruhigend. Nur eine geringe Anzahl (11 %) glaubte, durch die Besprechung möglicher Komplikationen mit ihren Angehörigen könne ihre Angst vor der Operation gesteigert werden.

Als Ergebnis der Angaben der Patienten über ihr seelisches Befinden nach dem Aufklärungsgespräch kann festgehalten werden, daß die Informationen bei fast keinem Patienten die Einwilligung zur Operation erschwerten, ein Gefühl der Ablehnung hervorriefen oder zur Beunruhigung beitrugen. Im Gegenteil fühlte sich rd. die Hälfte der Patienten nach der Aufklärung in ihrer ängstlichen Erwartungsspannung beruhigt. Die große Mehrzahl hätte auch eine frühzeitige Aushändigung des Merkblattes nicht als Beunruhigung empfunden.

5.1.7. Wirkung auf das Vertrauensverhältnis zum Arzt.

Darstellung der einzelnen Ergebnisse in Tabelle 8 - Anhang -.

Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient läßt sich nur subjektiv beurteilen. Bei rd. einem Viertel der Patienten wurde nach eigenen Angaben vor der ambulanten oder stationären Behandlung in dieser Klinik das Vertrauensverhältnis zu den Ärzten beeinträchtigt. Dabei spielten persönliche Erlebnisse und Enttäuschungen eine besondere Rolle, weniger Mitteilungen aus verschiedenen Medien. Interessanterweise sahen sich vor allem die ängstlichen Patienten (33 %) in ihrem Vertrauen beeinträchtigt. Als Reaktion auf die erfolgte präoperative Aufklärung fühlen sich 59 % aller Patienten in ihrem Vertrauen zur Klinik und zu den behandelnden Ärzten verstärkt. Kein Patient empfand weniger Vertrauen als vor dem Aufklärungsgespräch. Bei 41 % wurde keine Änderung des Vertrauensverhältnisses deutlich. Eine ausführliche Aufklärung hat besonders bei Glaukompatienten (72 %) eine positive Auswirkung auf das Vertrauensverhältnis zum Arzt. In gleicher Weise reagierten jüngere Patienten und Kranke mit "guter" Verständnisfähigkeit (71 % bzw. 68 %). Doch auch bei rd. der Hälfte der eher skeptischen, ängstlichen Patienten kann ein Vertrauenszuwachs infolge des Aufklärungsgesprächs festgestellt werden. Bei 74 % aller Patienten wurde die Neigung,

sich erforderlichenfalls erneut an dieser Klinik operieren zu lassen, gerade wegen der Aufklärung verstärkt.

5.1.8. Erinnerungsvermögen und Verständnis .

Das Erinnerungsvermögen und das Verständnis der mitgeteilten Informationen 4 bis 6 Tage nach der Operation wurde bei Katarakt und Glaukom jeweils anhand von 9 Verständnisfragen geprüft. Tabelle 9 zeigt die Ergebnisse der Kataraktpatienten, Tabelle 10 die der Glaukompatienten und Tabelle 11 gibt einen Überblick über die durchschnittliche Wiedergabe von Informationen bei allen Patienten und im Vergleich zwischen Katarakt und Glaukom.

Nach dem genannten Zeitraum konnten sich die Glaukomkranken zu durchschnittlich 72 %, diejenigen mit Katarakt zu durchschnittlich 60 % richtig an wesentliche Informationen aus dem Aufklärungsblatt erinnern. Das Erinnerungsvermögen war am besten bei Fragen nach dem Wesen der Krankheit, nach allgemeinen Behandlungsmöglichkeiten und nach dem weiteren Verhalten nach der Operation. Interessanterweise wurden mögliche Operationskomplikationen weniger gut wiedergegeben, bei Glaukom zu 63 %, bei Katarakt jedoch nur zu 28 %. Auch die speziellen Fragen nach der ungefähren Wahrscheinlichkeit des Operationserfolgs wurden sowohl bei Glaukom als auch bei Katarakt nur noch zu ca. 40 % richtig gewußt.

Tabelle 11 zeigt, daß die älteren Patienten sich schlechter an die Informationen des Aufklärungsgesprächs erinnerten (49 bzw. 63 %) als die unter 65jährigen (73 % bzw. 81 %).Durchschnittlich wurden nur 6 bzw. 7 % der Fragen falsch beantwortet, was auf eine gute Verständlichkeit des Aufklärungstextes hinweist. Beachtenswert ist, daß der Anteil der falsch beantworteten Fragen bei den über 65jährigen mit 8 bzw. 7 % immer noch sehr

niedrig ist, das Aufklärungsblatt also auch für ältere Patienten noch gut verständlich ist. Die schlechtere Wiedergabe der Informationen durch die älteren Patienten beruht hauptsächlich auf dem altersbedingten Verlust der Merkfähigkeit, nicht auf einer schlechten Verständlichkeit des Aufklärungstextes.

5.2. Die Reaktion der Patienten auf eine Basisinformation in Form eines Buches bei Glaukom.

5.2.1. Vorinformation der Patienten und allgemeines Interesse an einer Buchinformation.

Die Ergebnisse der Antworten zu diesen Fragen sind in Tabelle 12 - Anhang - dargestellt.

Bei der Frage nach der Vorinformation der Patienten vor der stationären Aufnahme wurden die Angaben der Patienten vor einem operativen Eingriff bei Katarakt und Glaukom (s. o.) bestätigt. Nur 21 % der Glaukompatienten, die jetzt durch das Buch ausführlich informiert wurden, hatten nach eigenen Angaben schon vorher viel Informationen über ihre Krankheit erhalten. 64 % waren vor der stationären Aufnahme wenig, 15 % nach eigener Angabe waren nicht informiert. Dabei fühlten sich die älteren Patienten noch schlechter informiert als die jüngeren, nur 14 % (26 % der jüngeren Patienten) hatten viel Informationen erhalten, 24 % (9 % der jüngeren) waren überhaupt nicht informiert. Diese unzureichende Basisinformation steht im Gegensatz zu dem ausdrücklichen Wunsch der Patienten, ausführlich über ihre Krankheit informiert zu werden, wenn möglich auch in Form eines solchen Buches. 73 % der Glaukompatienten möchten eine ausführliche Basisinformation über das Glaukom in Form eines Buches erhalten, nur 27 % gaben an, mit der mündlichen Mitteilung durch den Arzt zufrieden zu sein. Bei der genaueren Bestimmung der gewünschten Informationen stellte sich heraus, daß Auskünfte über den Verlauf der Krankheit auch mit möglichen Komplikationen und Risiken, über Verhaltensmaßregeln bezüglich der Lebensweise und über die medikamentöse und operative Behandlung für die Patienten von besonderer Wichtigkeit sind. Zusammenfassend ist festzustellen, daß das Interesse dieser Patienten an einer umfassenden Aufklärung über ihre Krankheit sehr groß ist, auch dann, wenn ihnen kein besonderer operativer Eingriff bevorsteht.

5.2.2. Verständlichkeit und Ausführlichkeit des Buchtextes.

Die einzelnen Ergebnisse sind in Tabelle 13 - Anhang - dargestellt.

Der Text des Buches wurde von den meisten Patienten (79 %) als sehr gut verständlich, vom Rest (21 %) als zufriedenstellend verständlich beurteilt, der Umfang der Buchinformation von fast allen Kranken (85 %) als angemessen, von wenigen (15 %) als zu ausführlich beschrieben. Dabei zeigten sich wiederum charakteristische Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen. Fast alle jüngeren Patienten bezeichneten das Buch als sehr gut verständlich (87 %) und im Umfang angemessen (90 %), für einige ältere Patienten (24 %) war die Buchinformation zu ausführlich und nicht ganz so gut verständlich. Die Mehrzahl der Patienten (73 %) gab an, daß alle ihre Fragen nach der Lektüre des Buches beantwortet waren, nur 27 % nannten noch offene Fragen. Diese bezogen sich auf Probleme, die bei der präoperativen Aufklärung oder im persönlichen Gespräch erläutert werden, die jedoch nicht Bestandteil der allgemeinen Information sind, z. B. Operationsindikationen, individuelle Prognose, Zusammenhang mit anderen Augenkrankheiten.

5.2.3. Wirkung auf die Krankheitsbewältigung der Patienten.

Die einzelnen Ergebnisse sind in Tabelle 14 - Anhang - dargestellt.

Die Wirkung des Buches und dessen Hilfestellung für die Krankheitsbewältigung wurde von den Patienten sehr günstig beurteilt. 95 % meinten, das Buch sei eine wesentliche Hilfe im Umgang mit der Krankheit und alle Patienten gaben an, das Buch gebe Auskünfte, die ihnen bisher unbekannt waren. Die Notwendigkeit einer ausführlichen Basisinformation bei Glaukomkranken und der Wert einer solchen Aufklärungsbroschüre

werden auch dadurch unterstrichen, daß nach dem subjektiven Empfinden der Patienten 56 % in einigen Fragen falsch oder unzulänglich beraten waren und immerhin 31 % glaubten, bisher bei der Behandlung Fehler gemacht zu haben.

5.2.4. Wirkung auf das Arzt-Patienten-Verhältnis.

Die Ergebnisse zu den einzelnen Fragen zeigt Tabelle 15.

Fast alle Patienten (90 %) sehen ihr Vertrauen in die ärztliche Behandlung durch eine solche Buchinformation bestärkt, und fast ebensoviele (86 %) meinten, daß sie sich nach dem Lesen des Buches mit dem Arzt besser verständigen und ihn gezielt um Auskunft über spezielle Probleme fragen können. Der Wunsch der Patienten nach Erläuterung spezieller Fragen in einem persönlichen Gespräch scheint nach dem Lesen des Buches groß zu sein. 58 % wünschten ein solches Gespräch, 31 % gaben an, keine weiteren Fragen an den Arzt zu haben. Besonders interessant war, daß 58 % der Patienten sich nach dem Lesen des Buches weniger Sorgen über die Krankheit machten, während 29 % die Krankheit ebenso wie vorher beurteilten.

5.2.5. Erinnerungsvermögen und Verständnis.

Die einzelnen Ergebnisse sind in Tabelle 16 dargestellt.

Das Erinnerungsvermögen und das Verständnis der mitgeteilten Informationen wurde, ähnlich wie nach der präoperativen Aufklärung, ca. 4 Tage nach Lesen des Buches anhand von 10 Verständnisfragen, die jeweils 2 Teilfragen enthalten, geprüft. Die Gesamtfrage wurde nur dann als "zutreffend beantwortet" gewertet, wenn beide Teilfragen zutreffend beantwortet waren.

Schon bei einer falschen Antwort wurde sie mit "nicht zutreffend beantwortet" gewertet, ansonsten galt sie als "nicht gewußt". Die Ergebnisse zu den einzelnen Verständnisfragen sind in Tabelle 16 dargestellt, die durchschnittliche Wiedergabe von Informationen, getrennt nach Fragen zum Grundverständnis (Fragen 1-5) und nach Fragen, die von den Patienten schon ein spezielles Detailverständnis verlangen (Fragen 6-10), gehen aus Tabelle 17 hervor.

Nach Lesen der Buchinformation konnten sich die Glaukompatienten noch besser an wesentliche Informationen erinnern als die Patienten, die 4 - 6 Tage nach präoperativer Aufklärung befragt wurden. Dieses Ergebnis wird noch dadurch unterstrichen, daß die Verständnisfragen nach der Buchinformation schwieriger zu beantworten waren als diejenigen nach präoperativer Aufklärung, und daß überdies der Bewertungsmaßstab dieser Nachbefragung strenger war. Die Basisinformationen über die annähernde Höhe des normalen Druckes, die Bedeutung des Gesichtsfeldes, die Grundzüge der Behandlung und der Lebensweise (Fragen 1-5, Tabelle 16) wurden von 83 % der Patienten unter 65 Jahren, von 75 % der älteren Patienten und von 80 % aller Patienten richtig beantwortet. Die weiterreichenden Detail-Informationen (Fragen 6-10, Tabelle 16) wurden insgesamt von allen Patienten zu 49 % richtig beantwortet. Bei Auswertung sämtlicher Fragen betrug die durchschnittliche richtige Wiedergabe von Informationen 64 %, bei den jüngeren Patienten 68 % und bei den älteren 59 %.

Bei der Auswertung der Nachbefragung wurde unterschieden zwischen Fragen, die "nicht zutreffend" beantwortet wurden und solchen, die "nicht gewußt" wurden. Dies ergab Hinweise darauf, ob Informationen von den Patienten falsch oder unzulänglich verstanden wurden oder ob die Patienten die Mit-

teilungen einfach vergessen hatten. Die Anzahl der falschen Antworten, 6 % bei den Fragen zum Grundverständnis und 24 % bei den Fragen zum Detailverständnis, deutet darauf hin, daß der Aufklärungstext zumindest bei den Basisinformationen sehr gut verständlich ist. Die Zahl der nicht mehr gewußten Informationen ist vor allem bei den älteren Patienten etwas größer (18 % gegenüber 12 %), was mit der eingeschränkten Merkfähigkeit der älteren Patienten erklärt werden kann. Bei den Fragen zum Detailverständnis ist die Zahl der falsch wiedergegebenen Informationen (24 %) und die Anzahl der nicht mehr gewußten Aufklärungsinhalte (27 %) wesentlich größer. Die speziellen Fragen sind also für rd. 1/4 der Patienten schwierig zu verstehen und erfordern eine eingehende Erläuterung im Gespräch mit dem Arzt. Als ein wichtiges Ergebnis dieser Nachbefragung kann festgehalten werden, daß das Verständnis und das Erinnerungsvermögen der älteren Patienten nicht wesentlich schlechter ist als bei den jüngeren Patienten. Dies zeigt die durchaus gute Verständlichkeit des Buches auch für diese Altersgruppe und die Notwendigkeit, auch den älteren Patienten diese Informationsmöglichkeit zur Verfügung zu stellen.

6. Abschließende Diskussion der Ergebnisse

6.1. Schriftliche präoperative Aufklärung bei Katarakt und Glaukom.

Die Befragung von Katarakt- und Glaukompatienten nach schriftlicher präoperativer Aufklärung hatte zum Ziel, die Beurteilung der erfolgten Aufklärung durch Patienten, ihre Erwartungen und Wünsche, die Wirkung auf ihr seelisches Befinden bzw. auf das Vertrauensverhältnis zum Arzt und schließlich das Verständnis und Erinnerungsvermögen der Patienten herauszufinden. Die nun vorliegenden Ergebnisse bezüglich den Erwartungen und Wünschen der Patienten können den juristischen und ärztlichen Anforderungen gegenübergestellt werden, die Auswirkungen einer ausführlichen Aufklärung auf Ängstlichkeit und Vertrauen geben Aufschluß über den emotionalen Wert der Aufklärung und am Grad des Verständnisses und des Erinnerungsvermögens läßt sich die Wirksamkeit der Aufklärung hinsichtlich einer sinnvollen Einwilligung der Patienten zur Operation abmessen.

Die Befragungen zeigen durchgehend ein großes Bedürfnis der meisten Patienten an ausführlichen Informationen über ihre Krankheit und die erforderliche Behandlung. Dabei zeigten die Glaukompatienten ein höheres Interesse an detaillierten Informationen als die Kataraktpatienten. Unmittelbar vor der Operation wünschten sich zwei Drittel der Patienten auch eine genaue Erläuterung der möglichen Operationskomplikationen und Risiken. Bei den älteren und ängstlichen Patienten und vor allem bei Patienten, die in ihrer Verständnisfähigkeit als "schlecht" beurteilt wurden, ist das Informationsbedürfnis geringer als in den entsprechenden Vergleichsgruppen. Das große Informationsbedürfnis der Patienten steht im Gegensatz zu einer offensichtlich noch unzureichenden Basisinformation in der Praxis, die daran deutlich wird, daß sich viele Patienten nicht ausreichend voriniformiert fühlen. Die vorliegenden Ergebnisse widerlegen die

Ansicht einiger Autoren, nach der eine Aufklärung über drohende Risiken einer Operation vom gewissenhaften Arzt abzulehnen sei,[1] und stehen auch im Gegensatz zu Untersuchungen, die ein geringes Interesse an genauen Informationen bei den betroffenen Patienten, d.h. unmittelbar vor der Operation, feststellen.[2] Auch trifft das Ergebnis einer Studie mit allgemeinchirurgischen Patienten,[3] nach der nur ein geringer Teil der Patienten korrekt, ein Großteil jedoch überhaupt nicht aufklärbar sei, zumindest für die Aufklärung von Katarakt- und Glaukompatienten nicht zu. Es wird aber auch bei dieser Untersuchung deutlich, daß ängstliche Patienten, vor allem ältere mit schlechter Verständnisfähigkeit, ein erhöhtes Bedürfnis nach Abbau von Ängsten und nach seelischem Beistand haben und weniger an genauen Informationen, vor allem solchen, die sie beunruhigen könnten, interessiert sind. Die Ausgangssituation der Patienten mit ihrer Ängstlichkeit, ihrem Informationsbedürfnis und ihrer individuellen Diagnose und Prognose ist auch bei der schriftlichen Aufklärung, vor allem im ergänzenden Gespräch, zu berücksichtigen. Fast alle Patienten waren mit Form und Umfang der schriftlichen präoperativen Aufklärung in hohem Maße zufrieden. Verbesserungsvorschläge bezogen sich hauptsächlich auf Informationen, die nicht Bestandteil eines standardisierten Aufklärungsblattes sein können, sondern als Basisinformationen vorher in der Praxis oder im mündlichen Gespräch auf der Station vermittelt werden müssen. Auch bei den Verbesserungsvorschlägen wird ein starkes Bedürfnis der Patienten nach einer frühen und grundlegenden Aufklärung über ihre Krankheit deutlich.

---

1) Karitzky: Sind gesetzliche Aufklärungspflicht...
Junghanns: Die Aufklärungspflicht des Arztes...
Kautzky: Ärztliche Wahrheitspflicht und Lüge...
vgl. auch Abschn. 2.3.3.

2) Henke: Schriftliche Patienteninformationen...
vgl. auch Abschn. 2.4.2.

3) vgl. Streicher, H. J.: Wie weit sind unsere Patienten aufklärbar? Fortschr. Med. 99, 1673 - 1676 (1981)
u. Höfer, E.; Streicher, H. J.: Patienten-Aufklärungsuntersuchungen zur Interaktion an chirurgischen Patienten. Dtsch. med. Wschr. 105, 694 (1980).

Die den juristischen und ärztlichen Ansprüchen genügende präoperative Aufklärung ist unter den praktischen Bedingungen der Klinik zu einem großen Teil ein Zeitproblem. Einserseits wird von ärztlicher und juristischer Seite eine rechtzeitige Information ohne zeitlichen Druck auf die Entscheidung des Patienten gefordert, andererseits läßt der Klinikablauf bei der grossen Anzahl von Operationen bei Katarakt und Glaukom wenig zeitlichen Spielraum für eine individuelle Aufklärung des Patienten. Vor diesem Hintergrund hat sich die Verbindung eines rechtzeitig bei Vereinbarung des OP-Termins ausgehändigten standardisierten Aufklärungsblattes mit der Möglichkeit eines persönlichen Gesprächs mit dem Arzt in der Ambulanz bzw. mit dem Stationsarzt kurz vor der Operation als praktikabel und vorteilhaft erwiesen. Bei der Befragung stellte sich heraus, daß die meisten Patienten mit der speziellen präoperativen Aufklärung wenige Tage vor der Operation einverstanden sind, daß aber vor allem die jüngeren Patienten und in besonderem Maße die Glaukomkranken an einer frühen grundlegenden Information Wochen bis Monate vor der Operation interessiert sind. Die juristischen Anforderungen eröffnen dem Klinikarzt grundsätzlich zwei Möglichkeiten der Operationsaufklärung: Entweder die schriftliche Form, verbunden mit dem persönlichen Gespräch und anschließender schriftlicher Einwilligung des Patienten,[1] oder die mündliche Form unter Hinzuziehung eines Zeugen, der die erfolgten Mitteilungen im Krankenblatt gegenzeichnet.[2] Diese zweite Form der rein mündlichen Aufklärung durch den Operateur zusammen mit einem Zeugen ist im klinischen Alltag zu aufwendig, auch ist die Aufklärung durch den Operateur persönlich nicht in allen Fällen möglich. Die Patienten haben bei der Befragung die schriftliche Form, verbunden mit der mündlichen Klärung noch offenstehender Fragen durch den Ambulanz- bzw. Stationsarzt gut aufgenommen. Auch die Besprechung der

---

1) vgl. Weissauer: Aufklärungspflicht des Chirurgen...

2) vgl. Bockelmann: Aufklärungspflicht...
siehe auch Abschn. 2.1.3.

Fragen in einer Gruppe von Patienten, die sich derselben Operation unterziehen, stößt nur bei einer geringen Anzahl auf Ablehnung. Allerdings wird gerade bei diesen Fragen das Bedürfnis der Gruppe der Glaukomkranken und allgemein der ängstlichen Patienten nach einer stärkeren individuellen Aufklärung deutlich. Dieses Bedürfnis kommt in einer längeren Aufklärungszeit, in dem stärkeren Wunsch nach einem persönlichen Gespräch mit dem Operateur, in mehr Zusatzfragen und in stärkeren Vorbehalten gegen eine Gruppenaufklärung zum Ausdruck.

Nach übereinstimmender Auffassung muß eine präoperative Aufklärung dem Anspruch genügen, daß es dem Patienten ermöglicht wird, seine ängstlichen Gefühle zum Ausdruck zu bringen und dabei beim Arzt auf Verständnis zu stoßen, mit dem allgemeinen Ziel, die ängstliche Erwartungsspannung der Patienten herabzusetzen. Entgegen einer verbreiteten Meinung zeigen Untersuchungen,[1)] daß die Ängstlichkeit der Patienten nicht durch die Mitteilung auch möglicher Komplikationen und Risiken der Behandlung vergrößert wird, sondern eher durch Unwissenheit, Isolierung und Unsicherheit. Die vorliegende Untersuchung liefert aus der subjektiven Sicht der Patienten ein ähnliches Ergebnis. Durch die Mitteilung von möglichen Komplikationen wurde bei fast keinem Patienten die Einwilligung zur Operation erschwert oder ein Gefühl der Beunruhigung hervorgerufen. Ein großer Teil gab an, in ihrer ängstlichen Erwartungsspannung nach dem Aufklärungsgespräch beruhigt zu sein. Ein wesentlicher Faktor für dieses positive Ergebnis ist die Möglichkeit für die Patienten, nach dem Lesen des Aufklärungsblattes weitgehend selbst zu entscheiden, ob über genannte Komplikationen und eventuell sie speziell betreffende Gefahren gesprochen werden soll oder nicht. Natürlich

---

1) Felton u. Mitarb.: Preoperative nursing intervention...
Kinney: Effects of preoperative teaching...
Egbert: Reduction of postoperative pain...
vgl. auch Abschn. 2.4.5.

erfordert ein solches Gespräch bei den ängstlichen Patienten vom Arzt mehr Behutsamkeit und Einfühlungsvermögen. Die Beurteilung des seelischen Befindens jedes einzelnen Patienten ist deshalb eine notwendige Voraussetzung für das Ziel einer individuellen Aufklärung.

Eine ungefähre prozentuale Angabe der Wahrscheinlichkeit des Operationserfolges führte nur im speziellen Fall der Kataraktextraktion mit ihrer geringen Mißerfolgsquote zu einer Beruhigung der Patienten. Dagegen wirkte die Mitteilung der entsprechenden Zahlenangaben bei Glaukom nur bei einem kleinen Teil der Patienten beruhigend, während die große Mehrzahl indifferent reagierte. Eine zahlenmäßige Angabe der einzelnen Komplikationsraten ist nur für rd. 1/3 der Glaukompatienten bzw. für 1/4 der Kataraktpatienten von besonderem Interesse. Diese Ergebnisse bestärken die Vermutung, daß Prozentangaben über den wahrscheinlichen Operationserfolg nur bei einer Operation mit so vorzüglichen Aussichten wie der Staroperation sinnvoll sind und beruhigend wirken, bei anderen Operationen jedoch nicht zur Beruhigung beitragen, darüberhinaus auch wenig Informationswert besitzen. Ebenso stützen diese Ergebnisse die Ansicht, daß eine Auflistung von Komplikationshäufigkeiten mit genauen Prozentangaben von den Patienten im allgemeinen nicht gewünscht wird und eher zur Verwirrung beiträgt.

In der Frage des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient zeigen die vorliegenden Ergebnisse, daß sich die Mehrzahl der Patienten durch eine ausführliche Aufklärung vor der Operation in ihrem Vertrauensverhältnis zum Arzt gestärkt fühlt. Diese positive Auswirkung der umfassenden Information des Patienten auf das Arzt-Patientenverhältnis zeigt sich besonders bei den Glaukompatienten, die sich in der Regel intensiver mit

ihrer Krankheit befaßt haben. Damit untermauert diese Untersuchung die These, daß das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient weniger auf einem irrationalen Glauben an die Heilkunst beruht, sondern wesentlich von Art und Umfang der Kommunikation und von der Fähigkeit des Arztes abhängt, wesentliche Sachverhalte der Diagnostik und der konservativen und operativen Behandlung dem Patienten zu vermitteln.

Der Anteil von Informationen, der nach erfolgter Aufklärung von Patienten nach einem gewissen Zeitraum noch richtig wiedergegeben wird, schwankt in der Literatur zwischen 20 % und 60 %.[1)] Dabei erreichen die meisten Merkblätter nur eine Verständlichkeit von ca. 40 %, während durch mündliche Mitteilung, gute Darstellung der Sachverhalte und durch eindeutige statt allgemeine Aussagen die Verständlichkeit und die richtige Wiedergabe von Informationen wesentlich verbessert werden kann. Ein schlechtes Verständnis der Patienten und ein geringes Erinnerungsvermögen an wesentliche Informationen wird hauptsächlich auf Unzufriedenheit und mangelnde Compliance zurückgeführt, außerdem auf Ängstlichkeit, Besorgnis und mangelnde Aufmerksamkeit der Patienten vor der Operation. Schließlich hat eine richtige Wiedergabe eine natürliche obere Grenze, d. h. auch unter besten Bedingungen werden nicht alle Informationen richtig verstanden und behalten. Vor diesem Hintergrund ist die Verständlichkeit der Aufklärungstexte und das Erinnerungsvermögen der Patienten 4 bis 6 Tage nach der Operation bei dieser schriftlichen präoperativen Aufklärung als sehr gut zu bezeichnen. Auch mit der Einschränkung von

---

1) Ley: Verstehen und Behalten...
Leeb u. Mitarb.: Observations...
Robinson u. Mitarb.: Informed consent...
Priluck u. Mitarb.: What patients recall...
vgl. auch Abschn. 2.4.6.

erleichterten Bedingungen, die bei einer nur passiven Wissensprüfung gegenüber einer aktiven Wiedergabe von Informationen gemacht werden muß, ist die richtige Wiedergabe von 60 % der Informationen bei Katarakt und 72 % bei Glaukom als sehr hoch zu bezeichnen. Insgesamt bestätigt die Nachbefragung die gute Verständlichkeit der Aufklärungstexte für alle Patienten. Da von juristischer Seite die "richtige Einsicht" in alle Umstände der Operation die wichtigste Voraussetzung für eine wirksame Einwilligung des Patienten darstellt,[1] und auch von ärztlicher Seite oft eingewendet wird, der Patient sei nicht zu einer "sachgemäßen Entscheidung" fähig,[2] weil er keine zutreffende Vorstellung über Art und Folgen von Krankheit und Behandlung haben könne, kommt diesem Untersuchungsergebnis große Bedeutung zu. Bei der Unterscheidung einzelner Informationen zeigt sich, daß die Fragen zur Diagnose, Therapie und Verhaltensweise am besten wiedergegeben werden, während vor allem Prozentzahlen zu Operationskomplikationen und zur Prognose der Krankheit am schlechtesten wiedergegeben werden. Auch dabei zeigt sich der geringe Informationsgehalt von Prozentangaben für Patienten, in besonderem Maße für die älteren.

6.2. Basisinformation durch ein Buch bei Glaukom.

Die Glaukompatienten zeigen ein besonderes Interesse an einer umfassenden Information über ihre Krankheit. Dieser Umstand kommt sowohl bei der präoperativen Aufklärung in zahlreichen Zusatzfragen und großem Interesse an einem Merk-

---

1) Bockelmann: Strafrecht...
vgl. auch Abschn. 2.1.1.

2) Junghanns: Die Aufklärungspflicht des Arztes...
Kautzky: Ärztliche Wahrheitspflicht und Lüge...
vgl. auch Abschn. 2.3.3.

blatt zum Ausdruck, als auch nach der Lektüre des Informationsbuches, wobei die meisten Patienten ein ausdrückliches Interesse an einer solchen Buchinformation bekunden. Auch bei dieser Befragung wird der Gegensatz zwischen einem großen Informationsbedürfnis und einer noch unzureichenden Basisinformation in der Praxis offenkundig. Nur rd. 1/5 der Patienten bezeichnet sich selbst als sehr gut informiert, die meisten haben zuvor wenig oder gar keine Grundinformationen erhalten. Aus der Befragung geht ferner hervor, daß die Kranken das Informationsbuch als eine notwendige und erwünschte Vorbereitung bzw. Ergänzung der mündlichen Aufklärung empfanden. Zumeist wurden alle Fragen der Patienten beantwortet, das Buch wurde als "sehr gut verständlich und im Umfang angemessen" bezeichnet. Offene Fragen bezogen sich auf Probleme, die nicht Bestandteil einer Basisinformation sind oder nicht in schriftlicher allgemeingültiger Form dargestellt werden können, sondern die der präoperativen Aufklärung oder einem persönlichen Gespräch auf der Station oder in der Praxis vorbehalten bleiben.

Die Lektüre des Buches erleichtert dem Kranken den Umgang mit der Krankheit und spart dem Arzt Zeit, weil sich das Gespräch bei der Visite bzw. vor der Operation auf einige wesentliche, den Patienten speziell betreffende Fragen beschränken kann, die nun verständnisvoll gestellt werden und bei denen die Antwort gleichfalls gut verstanden werden kann, was ohne eine umfassende Vorinformation in der Regel nicht der Fall ist. Nach der Lektüre des Buches machte sich die große Mehrzahl der Patienten weniger Sorgen über ihre Krankheit. Dieses Ergebnis stützt die These, daß Aufklärungsbroschüren im Rahmen eines umfassenden Aufklärungskonzepts, das den persönlichen Kontakt zum Arzt einschließt, nicht zu einer Beunruhigung der Patienten führen.[1)] Bei der Patientenbefragung nach

---

1) im Gegensatz dazu FRIEDEBOLD
Friedebold: Aufklärungspflicht des Arztes...
vgl. Abschn. 2.4.3.

Buchinformation wurde ebenfalls eine deutliche Stärkung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient deutlich, ein weiterer Hinweis darauf, daß Mitwissen und Mitsprache der Patienten die wesentliche Vertrauensgrundlage darstellt. Die richtige Wiedergabe von durchschnittlich 64 % der Informationen ist bei dieser Nachbefragung höher einzuschätzen als bei der Nachbefragung nach präoperativer Aufklärung, da die Fragen umfassender und schwieriger zu beantworten waren. Die Fragen zum Grundverständnis der Glaukomkrankheit, die mit der ersten Nachbefragung in etwa zu vergleichen sind, wurden von diesen Patienten zu dem erstaunlich hohen Anteil von 80 % richtig beantwortet.

6.3. Die Stufenaufklärung als umfassendes Aufklärungskonzept.

Während sich in der Regel die Information des Kataraktpatienten in der Klinik auf eine ausführliche präoperative Aufklärung kurz vor der Operation beschränken kann, stellt beim Glaukomkranken entsprechend dem komplexeren Krankheitsbild die Stufenaufklärung einen pragmatischen Kompromiß dar zwischen dem juristischen und ärztlichen Anspruch nach einer möglichst individuellen Aufklärung und den zeitlichen und organisatorischen Bedingungen bei einem solchen Standardeingriff. Bei dieser Stufenaufklärung folgt einer ersten Information bei Diagnosestellung und einem Merkblatt mit Hinweisen zum praktischen Verhalten bei entsprechendem Interesse der Patienten ein Informationsbuch und schließlich im Falle der Operation die standardisierte präoperative Aufklärung mit schriftlicher Einwilligung des Patienten. Auch die Kataraktpatienten, die bei der postoperativen Befragung in ihrer Mehrzahl den schriftlichen Aufklärungsbogen nach Hause mitnehmen und in Ruhe durchlesen bzw. mit ihren Angehörigen durchsprechen wollen, bringen damit ihr Bedürfnis nach einer umfassenden Basisinformation zum Ausdruck. Dies gilt besonders für die jüngeren Patienten

mit guter Verständnisfähigkeit. Aufklärungsbroschüren, die in einem sinnvollen Zusammenhang mit der persönlichen Aufklärung durch den Arzt stehen, treffen bei vielen Patienten, auch solchen mit "einfacheren Krankheiten" auf großes Interesse. Viele Patienten, vor allem die Glaukompatienten wurden nach der Lektüre des Buches dazu angeregt, von sich aus Fragen zu stellen. Auch äußerten einige ausdrücklich den Wunsch nach einem persönlichen Gespräch mit dem Arzt. Dadurch wird aber das geschilderte asymmetrische Verhältnis der Arzt-Patientenbeziehung zugunsten eines mehr gleichberechtigten Partnerschaftsverhältnisses verschoben. Zusammen mit dem Ergebnis der großen Zufriedenheit der Patienten, sowohl mit der präoperativen Aufklärung als auch mit der Buchinformation, und mit der verbesserten Kommunikation, die durch die gute Verständlichkeit und Eindringlichkeit der Texte hergestellt wird, führt dieses neugewonnene Vertrauensverhältnis zu einer erheblichen Verbesserung der "Compliance".

6.4. Weiterführende Fragen

Nach Erarbeitung von schriftlichen Aufklärungsblättern für die Glaukom- und Kataraktoperation und nach der Befragung von insgesamt 222 Patienten an der Universitäts-Augenklinik Würzburg[1)] als eine Art Rückkopplung stellen sich noch einige offene Fragen hinsichtlich der bestmöglichen Patientenaufklärung.

In den vorliegenden Aufklärungsblättern für die Glaukom- und Kataraktoperation werden die Patienten nicht grundsätzlich über die Möglichkeit einer expulsiven Blutung unterrichtet, die nach einer Statistik an derselben Klinik (vgl. Tabelle 1 -Anhang-) nur bei einem von 2000 Patienten auftritt. Die ausdrückliche Erwähnung der Möglichkeit einer expulsiven Blutung mit der Folge einer totalen Erblindung des Auges könnte zu einer stärkeren Verunsicherung der Patienten führen, welche aufgrund der äußerst geringen Komplikationsrate nicht angemessen erscheint. In den Aufklärungsblättern wurde deshalb nur allgemein von der Möglichkeit von Blutungen am Auge, die bei allen Augenoperationen auftreten können, gesprochen. Bei einer Häufung von

---

1) vgl. auch
Gramer, E.; Löhr, K.; Leydhecker, W.; Krieglstein, G. K.: Die Reaktionen des Patienten auf die präoperative Aufklärung über die Staroperation.
Z. Prakt. Augenheilkd. 2, 51 - 57 (1980).

Leydhecker, W.; Löhr, K.; Gramer, E.; Krieglstein, G. K.: Die Aufklärung Glaukomkranker vor der Operation - Vergleich mit der präoperativen Aufklärung vor der Kataraktoperation.
Z. Prakt. Augenheilkd. 5, 50 - 56 (1980).

Gramer, E.; Löhr, K.; Leydhecker, W.; Krieglstein G. K.: Erfahrungen mit der umfassenden Aufklärung des Glaukompatienten durch ein Informationsbuch.
Z. Prakt. Augenheilkd. 5, 43 - 49 (1980).

Risikofaktoren (Glaukom mit Katarakt, Hypertonie, erhebliche Sklerose, Diabetes) ist jedoch der betreffende Arzt nach der bisherigen Rechtsprechung verpflichtet, diese Komplikationen mitzuteilen. Deshalb ist auf den Aufklärungsblättern Raum für zusätzliche Risikofaktoren freigelassen. Das Urteil eines Oberlandesgerichts im Rheinland in einer dort anhängigen Rechtssache zu diesem Problem wird in juristischer Hinsicht richtungweisend sein. Dieser Hinweis zeigt auch die Notwendigkeit, Aufklärungstexte ständig mit dem neuesten Stand in der Entwicklung der Rechtsprechung und der Medizin zu koordinieren.

Eine weitere offene Frage in diesem Aufklärungskonzept bezieht sich auf die Narkoseart und auf das Narkoserisiko. Ausdrücklich auf die Notwendigkeit einer umfassenden und einfühlsamen Aufklärung über die Narkose weist BIRKINSHAW[1] hin. HÜMMER[2] stellt fest, daß das Urteil über die Anästhesiefähigkeit eines Patienten nur der Anästhesist fällen kann. Auch hängt das anästhesiologische Risiko von der Erfahrung des behandelnden Anästhesisten ab.[3] Damit kann aber nur der Anästhesist über die Narkose und über das Narkoserisiko aufklären. Aus diesem Grunde wurde bei den Aufklärungsblättern für Katarakt- und Glaukompatienten zunächst der Narkoseteil ausgeklammert. Im Interesse der

---

1) Birkinshaw, K.: Preoperative approach to patients. Anaesthesia 33, 483 - 487 (1978).

2) Hümmer, H. P.: Ist Aufklärung standardisierbar? Klinikarzt 10, 1132 - 1136 (1981).

3) vgl. Eyrich, K.: Kriterien der Operabilität aus anästhesiologischer Sicht. Chirurg 51, 134 (1980).

Patienten aber sollte auch aus psychologischen Gründen die Aufklärung über Ablauf und Risiko von Operation und Narkose gemeinsam erfolgen. Dazu müßte die schriftliche Aufklärung bezüglich der Narkose dem vorliegenden Aufklärungsblatt beigefügt werden und beim Aufklärungsgespräch müßte zusätzlich der Anästhesist anwesend sein, oder dieser könnte nach Untersuchung des Patienten den Augenarzt über spezielle Narkoserisiken informieren. Diese Information könnte dann in das Aufklärungsgespräch einbezogen werden. Zahlreiche Eingriffe in der Ophthalmologie werden in Lokalanästhesie ausgeführt. Die Aufklärung über deren Risiken und Komplikationsmöglichkeiten obliegt dem Operateur, spezielle Aufklärungsblätter hierüber müßten also die vorliegenden Aufklärungstexte im Einzelfall ergänzen.

Zur objektiven Beantwortung der Frage, inwieweit die präoperative Aufklärung die Angst der Patienten vor dem Eingriff beeinflußt, ist die hier angewandte Methode nicht geeignet. Nach den subjektiven Angaben der Patienten führte die Aufklärung bei fast keinem zu einem Gefühl verstärkter Beunruhigung oder Ablehnung der Operation, im Gegenteil fühlte sich rd. die Hälfte aller Patienten in ihrer ängstlichen Erwartungsspannung beruhigt. Gleichzeitig zu dieser Untersuchung und mit denselben Patienten (insges. 85) wurde durch eine Psychologin der Einfluß der schriftlichen Aufklärung auf das Angstniveau der Patienten mit adäquaten psychologischen Methoden geprüft.[1)] Als wesentliches Ergebnis dieser Untersuchung führte die schriftliche präoperative Aufklärung nicht zu einer Steigerung des Angstniveaus bei den befragten Patienten. Auch konnte objektiviert werden, daß die präoperative Angst dem Grad der

---

1) Hanebuth, K.: Psychische Probleme bei der Operationsvorbereitung in der Augenklinik - eine experimentielle Untersuchung.
Diplomarbeit am Psychologischen Institut II der Universität Würzburg (1980).

allgemein geäußerten Angst entspricht, und diese bei Glaukompatienten ausgeprägter ist als bei Kataraktpatienten. Dadurch, daß mit dieser Untersuchung weder eine Angstreduktion noch eine Angststeigerung durch die schriftliche Aufklärung festgestellt werden konnte, könnte sich die Vermutung von HENKE[1] bestätigen, daß eine ausführliche sachliche medizinische Information von der Vernunft her zwar gewünscht wird, die Angst aber vor der Operation aus anderen Quellen kommt, die sich verstandesgemäß wenig beeinflussen lassen.

Der Klinikarzt ist heute nicht nur zur Aufklärung bei operativen Eingriffen verpflichtet. Auf die notwendige Aufklärung bei diagnostischen Eingriffen weist RIEGER[2] hin. Zu besonderen Problemen, die sich dem Kliniker bei prophylaktischen Maßnahmen speziell in der Ophthalmologie stellen, nehmen LUND, SPANN und BOCKELMANN[3] ausführlich Stellung. Die Aktualität des Themas "Aufklärung in der Medizin" zeigt sich in einer in den letzten Jahren lawinenartig angewachsenen Literatur, nicht zuletzt auch in einem Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 23.6.1980 mit einem Muster für eine Dienstanweisung an die Ärzte im Krankenhaus über Aufklärung und Ein-

---

1) Henke: Schriftliche Patienteninformationen...

2) Rieger, H.: Aufklärungspflicht über Gefährlichkeit diagnostischer Eingriffe.
Dtsch. med. Wschr. 105, 1490 (1980).

3) Bockelmann, P.: Zur rechtlichen Situation bei prophylaktischen Maßnahmen in der Ophthalmologie.
Klin. Mbl. Augenheilk. 173, 129 - 139 (1978).

Lund, O.-E.: Aufklärung bei prophylaktischen Maßnahmen. Klin. Mbl. Augenheilk. 173, 119 - 125 (1978).

Spann, W.: Prophylaxe und Aufklärung.
Klin. Mbl. Augenheilk. 173, 125 - 129 (1978).

willigung von Patienten vor ärztlichen Engriffen.[1] Dieses Muster hat erhebliche Kritik an schriftlichen Aufklärungstexten und Formularen zur Einwilligung hervorgerufen. Die pauschale Aufklärung mit einheitlichen Formblättern muß sich mit dem Vorwurf des "bürokratischen Selbstschutzes" und einer "inhumanen Medizin" auseinandersetzen. Auch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit können keinesfalls so interpretiert werden, daß die Patienten pauschale, nur die juristischen Ansprüche absichernde Formulare begrüßen würden. Auf der anderen Seite konnte aber aufgezeigt werden, daß ein Aufklärungskonzept, das von der speziellen Situation der Patienten ausgeht, hier der Glaukom- und Kataraktpatienten, sowohl den juristischen Ansprüchen als auch der ärztlichen Fürsorgepflicht genügen kann und zu einer Verbesserung des Arzt-Patientenverhältnisses führt.

---

1) vgl. Weissauer, W.: Empfehlung der DKG zur Eingriffsaufklärung und zur Einwilligung des Patienten. Arzt im Krankenhaus 33, 707 (1980).

7. Zusammenfassung

An der Universitätsaugenklinik Würzburg wurde unter Berücksichtigung der juristischen und ärztlichen Anforderungen an eine umfassende Aufklärung und deren Auswirkungen auf das seelische Befinden der Patienten ein Aufklärungskonzept für Katarakt- und Glaukompatienten entwickelt. Dieses umfaßt für die Kataraktextraktion und für die Glaukomoperation jeweils eine spezielle präoperative Aufklärung anhand von standardisierten Aufklärungstexten. Da beim Glaukompatienten die Operation in der Regel erst nach einer langwierigen Behandlung notwendig wird, die vom Patienten eine zuverlässige Mitarbeit und ein tieferes Verständnis für die Krankheit und deren Behandlung erfordert, ist eine Stufenaufklärung notwendig. Merkblatt und ein erstes orientierendes Gespräch bilden meist die erste Stufe, darauf folgt bei entsprechendem Bedürfnis des Patienten eine umfassende Belehrung aus einem für Laien verständlichen Informationsbuch, und schließlich im Falle der Operation die schriftliche präoperative Aufklärung.

Die Untersuchung der Reaktionen von 52 Glaukomkranken auf die Lektüre eines Informationsbuches als Basisinformation zum besseren Verständnis der Krankheit und zur Verbesserung der Compliance erbrachte unerwartet günstige Ergebnisse: Zunahme des Vertrauens zum Arzt, Beurteilung des Buches als "sehr gut verständlich und im Umfang angemessen", bei einer Nachbefragung 4 bis 6 Tage nach Lektüre des Buches eine hohe Verständlichkeit und eine erstaunlich gute Wiedergabe der einzelnen Informationen durch die Patienten. Der Arzt in der Praxis und in der Klinik, dem an einer umfassenden Aufklärung des Glaukomkranken gelegen ist, hat mit dieser Aufklärungsbroschüre eine Basisinformation zur Hand, die ihm viel Zeit spart, das Gespräch mit dem Patienten über individuelle Probleme erleichtert und die Zusammenarbeit mit dem Patienten stärkt.

Bei der präoperativen Aufklärung wurden vor Kataraktextraktion 64 Patienten (zusätzlich noch 52 Patienten in einer pilot-studie) durch Vorlesen eines Informationsblattes über die Grundlagen der Krankheit und der Behandlung, über die normalen Folgen der Operation und schließlich über die Operationskomplikationen und Risiken aufgeklärt. In gleicher Weise wurden 54 noch nicht mit allgemeinem Merkblatt oder Buch vorinformierte Patienten vor der Glaukomoperation aufgeklärt. Besondere Risikofaktoren wurden im Aufklärungsblatt vermerkt und mit den Patienten ausführlich besprochen. Nach diesem Gespräch bestätigten die Patienten die mitgeteilten Informationen und gaben ihr schriftliches Einverständnis zur Operation. Im direkten Anschluß an diese präoperative Aufklärung wurden sie über den Einfluß der Aufklärung auf die präoperative psychische Situation und nach ihren Wünschen bezüglich Form, Zeitpunkt und Umfang der Aufklärung befragt. 4 bis 6 Tage nach der Operation wurde die Verständlichkeit der Aufklärungstexte und das Erinnerungsvermögen der Patienten geprüft. Fast alle Patienten fühlten sich umfassend und verständlich aufgeklärt. Die meisten Patienten wünschten eine spezielle präoperative Aufklärung einige Tage vor der Operation, vor allem die jüngeren jedoch früher. Insbesondere die Glaukompatienten und die jüngeren Kataraktpatienten wollten das Aufklärungsblatt nach Hause mitnehmen und mit ihren Angehörigen besprechen. Die Mehrzahl der Patienten fühlte sich zuvor unzureichend vorinformiert, fast alle erwarteten jedoch eine ausführliche Information durch den Arzt, einschließlich der Mitteilung von Behandlungsrisiken und Operationskomplikationen. Fast alle Patienten waren mit der gewählten Form einer schriftlichen Aufklärung mit anschließendem kurzen Gespräch mit dem Stationsarzt zufrieden. Die Glaukompatienten brachten ihr Interesse an ausführlichen Informationen noch stärker zum Ausdruck wie die Kataraktpatienten, das Bedürfnis nach Berücksichtigung der

individuellen Verhältnisse war bei den Glaukomkranken stärker ausgeprägt. Die Aufklärungstexte waren durchweg gut verständlich, insbesondere auch für ältere Patienten. Erstaunlich gut war das Erinnerungsvermögen der Patienten 4 bis 6 Tage nach der Operation, wobei sich die Kataraktpatienten zu durchschnittlich 60 %, die Glaukompatienten sogar zu 72 % richtig an wesentliche Informationen aus dem Aufklärungsblatt erinnerten. Die wenigen falschen Antworten kamen vorwiegend von älteren Patienten mit als "schlecht" eingeschätzter Verständnisfähigkeit.

Die geschilderte Stufenaufklärung und insbesondere die schriftliche präoperative Aufklärung ist aus juristischen und ärztlichen Gründen für alle Patienten angezeigt und hat sich in dieser Untersuchung als wirksam und praktikabel erwiesen.

8. Literaturverzeichnis

Ansohn, E.: Die Wahrheit am Krankenbett. München 1965.

Bauer, K. H.: Zur ärztlichen Aufklärungspflicht aus den Erfahrungen eines Chirurgen. In: Forster, K. (Hrsg.): Offene Fragen zwischen Ärzten und Juristen, Studien und Berichte der Katholischen Akademie in Bayern, Heft 20, Würzburg 1963.

Baur, U.: Die Einwilligungserklärung des Patienten in die ärztliche Behandlung. Arzt und Recht, A.u.K 8 (1977).

Bettmann, J. W.: Ophthalmology: The Art, The Law, and A Bit of Science. Birmingham, Alabama, USA 1977.

Birkinshaw, K.: Preoperative approach to patients. Anaesthesia 33, 483-487 (1978).

Bock, H. E.: Ärztliche Ethik aus internistischer Sicht In: Gross, R.; Hilger, H. H.; Kaufmann, W.; Scheurlen, P. G.: Ärztliche Ethik - Symposium, Köln, 1.10.1977, Stuttgart, New York 1978.

Bockelmann, P.: Aufklärungspflicht des Arztes aus juristischer Sicht. Z. Orthop. 115, 419-426 (1977).

Bockelmann, P.: Zur rechtlichen Situation bei prophylaktischen Maßnahmen in der Ophthalmologie. Klin. Mbl. Augenheilk. 173, 129-139 (1978).

Bockelmann, P.: Strafrecht des Arztes, Stuttgart 1968.

Bradshaw, P. W.; Ley, P.; Kincey, J. A.; Bradshaw, J.: Recall of medical advice comprehensibility an specifity. Br. S. Soc. Clin. Psychol. 14, 55 (1975).

Bruegel, M. A.: Relationship of preoperative anxiety to perception of postoperative pain. Nurs. Res. 20, 26-30 (1971).

Cohen, F.; Lazarus, R. S.: Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgey. Psychosom. Med. 35, 375-389 (1973).

Dziurbejko, M.; Larkin, J. C.: Including the familiy in preoperative teaching. Am. J. Nurs. 78, 1893-1894 (1978).

Egbert, L. D.; Battit, G. E.; Welch, C. E.; Bartlett, M. K.: Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. New Engl. J. Med. 270, 825-827 (1964).

Ellis, D. A.; Hopkin, J. M.; Leitch, A. G.; Sir Crofton, J.: "Doctors orders". Controlled trial of supplementary, written information for patients. Brit. Med. J. 456 (1979).

Engisch, K.: Heileingriff und ärztliche Aufklärungspflicht. In: Engisch, K.; Hallermann, W.: Die ärztliche Aufklärungspflicht aus rechtlicher und ärztlicher Sicht. Köln, Berlin, Bonn, München 1970.

Eyrich, K.: Kriterien der Operabilität aus anästhesiologischer Sicht. Chirurg 51, 134 (1980).

Felton, G.; Huss, K.; Payne, E. A.; Srsic, K.: Preoperative nursing intervention with the patient for surgery: outcomes of three alternative approaches. Int. J. Nurs. Stud. 13, 83-96 (1976).

Finzen, A.: Arzt, Patient und Gesellschaft. Medizin in Geschichte und Kultur, Band 10. Stuttgart 1969.

Francis, V.; Korsch, B. M.; Morris, M. J.: Gaps in doctor-patient communication: patients' response to medical advice. New Engl. J. Med. 280, 535 (1969).

Friedebold, G.: Aufklärungspflicht des Arztes aus ärztlicher Sicht. Z. Orthop. 115, 426-431 (1977).

Galster, J. V.; Druschky, K. F.: Bedingungen für Indikatorfragen zur Einschätzung des Patientenverhaltens. Ein Versuch der Quantifizierung der präoperativen psychischen Situation des chirurgischen Patienten. In: Rügheimer, E. (Hrsg.): Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Wiederbelebung, Erlangen Oktober 1974. Erlangen 1975.

Geilen, G.: Einwilligung und ärztliche Aufklärungspflicht, Bielefeld 1963.

Gostomzyk, G.; Heß, G.; Leithoff, H.: Die Aufklärungspflicht aus ärztlicher Sicht. Deutsches Ärzteblatt 1973, S. 25-32.

Graham, L. E.; Conley, E. M.: Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patients. Nurs. Res. 20, 113-122 (1971).

Gramberg-Danielsen, B.: Die Haftung des Arztes. Stuttgart 1978.

Gramer, E.; Leydhecker, W.; Krieglstein, G. K.: Erste Erfahrungen mit der schriftlichen Aufklärung des Patienten vor der Operation. Sitzungsbericht der 137. Versammlung der Rhein./Westf. Augenärzte (4. Nov. 1979).

Gramer, E.; Löhr, K.; Leydhecker, W.; Krieglstein, G. K.: Die Reaktionen des Patienten auf die präoperative Aufklärung über die Staroperation. Z. Prakt. Augenheilkd. 2, 51-57 (1980).

Gramer, E.; Löhr, K.; Leydhecker, W.; Krieglstein, G. K.: Erfahrungen mit der umfassenden Aufklärung des Glaukompatienten durch ein Informationsbuch. Z. Prakt. Augenheilkd. 5, 43-49 (1980).

Grünwald, G.: Heilbehandlung und ärztliche Aufklärungspflicht. In: Arzt und Recht, Medizinisch-juristische Grenzprobleme unserer Zeit. München 1966.

Gundert-Remy, U.: Compliance stationärer und ambulanter Patienten. In: Weber, E.; Gundert-Remy, U.; Schey, A.: Patienten-Compliance. Baden-Baden, Köln, New York 1977, S. 45.

Hallermann, W.: Die ärztliche Aufklärungspflicht aus medizinischer Sicht. In: Engisch, K.; Hallermann, W.: Die ärztliche Aufklärungspflicht aus rechtlicher und ärztlicher Sicht. Köln, Berlin, Bonn, München 1970.

Hanebuth, K.: Psychologische Probleme bei der Operationsvorbereitung in der Augenklinik - eine experimentelle Untersuchung. Diplomarbeit am Psychologischen Institut II der Universität Würzburg, (1980).

Healy, K. M.: Does preoperative instruction make a difference? Am. J. Nurs. 68, 62-67 (1968).

Henke, W.: Schriftliche Patienteninformationen. In: Rügheimer, E. (Hrsg.): Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Wiederbelebung, Erlangen Oktober 1974. Erlangen 1975.

Hinderling, H.: Die ärztliche Aufklärungspflicht. Baseler Studien zur Rechtswissenschaft, Heft 66. Basel 1966.

Höfer, E.; Streicher, H.-J.: Patienten-Aufklärungs-untersuchungen zur Interaktion an chirurgischen-Patienten. Dtsch. med. Wschr. 105, 694 (1980).

Hümmer, H. P.: Ist Aufklärung standardisierbar? Klinikarzt 10, 1132 - 1136 (1981).

Janis, I. L.: Psychological Stress: Psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients. New York 1958.

Infratest München: Das Arztbild in der Bevölkerung. Analyseband 1978.

Johnson, J. E.; Dabbs, J. M. jr.; Leventhal, H.: Psychosocial faktors in the welfare of surgical patients. Nurs. Res. 19, 18-29 (1970).

Junghanns, H.: Die Aufklärungspflicht des Arztes. In: Die Aufklärungspflicht des Arztes. Köln, Berlin 1962.

Karitzky, B.: Sind gesetzliche Aufklärungspflicht und ärztliche Ethik miteinander vereinbar? Hippokrates 36, 880-884 (1965).

Kautzky, R.: Ärztliche Wahrheitspflicht und Lüge. Med. Welt 20, 1130-1134 (1965).

Kinney, M. R.: Effects of preoperative teaching upon patients with differing modes of response to threatening stimuli. Int. J. Nurs. Stud. 14, 49-59 (1977).

Kleinewefers, H.: Umfang und Grenzen der Aufklärungspflicht des Patienten über ärztliche Maßnahmen und ihre Folgen. In: Die Aufklärungspflicht des Arztes. Köln, Berlin 1962.

Koch, U.: Wie Ärzte sich selbst und ihre Patienten sehen. Psychologie heute 13, 76 (1975).

Kohlhaas, M.: Medizin und Recht. München, Berlin, Wien 1969.

Leeb, D.; Bowers, D. G., Jr.; Lynch, J. B.: Observations on the myth of "informed consent". Plast. Reconstr. Surg. 58, 280-282 (1976).

Ley, P.: Verstehen und Behalten von Anweisungen - Kommunikationsfehler in Klinik und Praxis. Arzt und Patient 1, 71-79 (1980).

Ley, P.; Bradshaw, P. W.; Eaves, D. E.; Walker, C. M.:
A method for increasing patients' recall of informations presented to them.
Psychol. Med. 3, 217 (1973).

Leydhecker, W.: Glaukom. Ein Handbuch. 2. Aufl.,
Berlin, Heidelberg, New York 1973.

Leydhecker, W.: Alles über grünen Star.
Stuttgart 1978.

Leydhecker, W.; Gramer, E.; Krieglstein, G. K.:
Erste Erfahrungen mit der schriftlichen Aufklärung von Patienten vor Kataraktoperation.
Klin. Mbl. Augenheilk. 175, 262-267 (1979).

Leydhecker, W.; Löhr, K.; Gramer, E.; Krieglstein, G. K.:
Die Aufklärung Glaukomkranker vor der Operation - Vergleich mit der präoperativen Aufklärung vor der Kataraktoperation.
Z. Prakt. Augenheilkd. 5, 50 - 56 (1980).

Lindemann, C. A.: Nursing intervention with the presurgical patient-effectiveness and efficiency of group and individual preoperative teaching - phase two.
Nurs. Res. 21, 196-209 (1972).

Lindeman, C. A.; Van Aernam, B.: Nursing intervention with the presurgical patient - the effects of structured and unstructured preoperative teaching.
Nurs. Res. 20, 319-332 (1971).

Lund, O. E.: Aufklärung bei prophylaktischen Maßnahmen.
Klin. Mbl. Augenheilk. 173, 119-125 (1978).

Maiwald, L.: Hoffnungen durch die moderne Medizin - Erwartungen des Patienten. In:
Zander, J. (Hrsg.): Arzt und Patient, Erwartungen und Wirklichkeit. Düsseldorf 1976.

Mezzanotte, E. J.: Group instruction in preparation for surgery.
Am. J. Nurs. 70, 89-91 (1970).

Miller, P.; Shada, E.: Preoperative information and recovery of open-heart surgery patients.
Heart and Lung 7, 486-493 (1978).

Pässler, H. W.: Ärztliche Gesichtspunkte zur Aufklärungspflicht des Chirurgen. Med. Welt 717-721 (1964).

Pflanz, M.; Pinding, A. K.; Armbrüster, W.; Török, M.:
Medizinsoziologische Untersuchungen über Gesundheitsverhalten. Med. Klin. 61, 391-396 (1966).

Priluck, I. A.; Robertson, D. M.; Buettner, M. D.: What patients recall of the preoperative discussion after retinal detachment surgery. Am. J. Ophthalmol. 87, 620-623 (1979).

Rakoczy, M.: The thoughts and feelings of patients in the waiting period to cardiac surgery: A desciptive study. Heart and Lung 6, 280-287 (1977).

Rieger, H.: Aufklärungspflicht über Gefährlichkeit diagnostischer Eingriffe. Dtsch. med. Wschr. 105, 1490 (1980).

Robinson, G.; Merav, A.: Informed consent: Recall by patients tested postoperatively. Ann. Thorac. Surg. 22, 209-212 (1976).

Roesch, H.: Rechtsfragen um die ärztliche Aufklärungspflicht. Med. Klin. 73, 1559 (1978).

Rohde, J. J.: Soziologie des Krankenhauses. Stuttgart 1962.

Rohde, J. J.: Soziologie und Sozialpsychologie des klinischen Bereichs. In: Schraml, W. J.: Klinische Psychologie. Stuttgart, Wien 1970.

Schmädel, D.: Die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient aus medizinischer Sicht. Arzt und Patient 1, 10-15 (1980).

Schmidt, A.; Lehrl, S.; Burkard, G.: Medizinisches Wissen und Intelligenz - mögliche Einflußfaktoren des Compliance-Verhaltens. Klinikarzt 8, 69 (1979).

Schmidt, E.: Empfiehlt es sich, daß der Gesetzgeber die Fragen der ärztlichen Aufklärungspflicht regelt? Gutachten für den 44. Deutschen Juristentag (Hannover 1962), Tübingen 1962.

Siegrist, J.: Asymmetrische Kommunikation bei klinischen Visiten. Med. Klin. 81, 1962 (1976).

Spann, W.: Prophylaxe und Aufklärung. Klin. Mbl. Augenheilk. 173, 125-129 (1978).

Spann, W.: Grundlagen und Grenzen der ärztlichen Aufklärung. Fortsch. Med. 97, Nr. 16 (1979).

Speierer, G. W.: Das ärztliche Gespräch. In: Enke, H. u. Mitarb. (Hrsg.): Lehrbuch der medizinischen Psychologie. 5. Aufl., München 1979.

Spielberger, C. D.: Theory and research on anxiety. In: Spielberger, C. D.(Ed.): Anxiety and behavior. New York 1966.

Spielberger, C. D.; Auerbach, S. M.; Wadsworth, A. P.; Dunn, T. M. and Taulbee, E.: Emotional reaktions to surgery. Journal of Consulting and Clinical Psychology 40, 33-38 (1973).

Streicher, H.-J.: Wie weit sind unsere Patienten aufklärbar? Fortschr. Med. 99. Jg. 41, 1673-1676 (1981).

Tempel, O.: Inhalt, Grenzen und Durchführung der ärztlichen Aufklärungspflicht unter Zugrundelegung der höchstrichterlichen Rechtsprechung. NJW 1980, 609-617.

Weber, E.: Patienten-Compliance. Arzt und Patient 1, 4-9 (1980).

Weiler, C. M.: Postoperative patients evaluate preoperative instruction. Am. J. Nurs. 68, 1465-1467 (1968).

Weissauer, W.: Aufklärungspflicht des Chirurgen. Langenbeck Arch. Chir. 345, 471-476 (1977).

Weissauer, W.: Empfehlung der DKG zur Eingriffsaufklärung und zur Einwilligung des Patienten. Arzt im Krankenhaus 33, 707 (1980).

Wieck, H. H.: Probleme der psychischen Führung des chirurgischen Patienten: Angst-Befindens-Diagramme. Med. Welt, 26, 849-855 (1975).

Wieck, H. H.: Die psychische Führung des Patienten aus nervenärztlicher Sicht. In: Rügheimer, E. (Hrsg.): Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Wiederbelebung, Erlangen Oktober 1974. Erlangen 1975.

Williams, J. G. L. u. Mitarb.: The clinical control of preoperative anxiety. Psychophysiol. 12, 46-49 (1975).

Wolfer, J. A.; Davies, D. E.: Assessment of surgical patients' preoperative emotional conditions and postoperative welfare. Nurs. Res. 19, 402-414 (1970).

Zander, J.: Arzt und Patient. Erwartungen und Wirklichkeit. In: Zander, J. (Hrsg.): Arzt und Patient, Erwartungen und Wirklichkeit. Düsseldorf 1976.

Zenker, R.: Ärztliche Ethik aus der Sicht des Chirurgen. In: Gross, R.; Hilger, H. H.; Kaufmann, W.; Scheurlen, R. G.: Ärztliche Ethik - Symposium, Köln, 1.10.1977. Stuttgart, New York 1978.

A N H A N G

Abbildungen 1 - 4

Tabellen 1 - 17

Abb. 1

PATIENTENINFORMATION UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG KATARAKTOPERATION

Allgemeines
Es liegt bei Ihnen ein grauer Star (Katarakt) vor. Meist ist der graue Star eine typische Altserkrankung. Die Krankheit besteht in einer Linsentrübung: Die Augenlinse, ein glasartiger Körper unmittelbar hinter der Pupille, ist getrubt, so daß Sie wie durch einen Schleier sehen. Wird keine Staroperation durchgeführt, so kommt es zu einer weiteren Verschlechterung des Sehvermögens. Eine Verbesserung des Sehvermögens ist also nur durch eine Operation moglich. Bei der Staroperation wird die Augenlinse vollstandig entfernt. Dazu wird die Hornhaut unter dem Mikroskop eröffnet, die Linse entfernt und anschließend die Hornhaut durch feine Nähte wieder verschlossen. Das Einpflanzen einer Kunststofflinse kann erst im Verlauf der Operation entschieden werden. In 90–95 % ist durch die Staroperation eine wesentliche Verbesserung des Sehvermogens zu erreichen. Die Operation dauert ca. 30 min. Sie kann entweder unter einer Vollnarkose oder unter ortlicher Betäubung ausgeführt werden.

Mögliche Komplikationen bei oder nach der Operation
Bei allen Operationen am Auge können Blutungen an oder im Auge vorkommen, sehr selten Infektionen, sowie die Unvertraglichkeit von Nahtmaterial (Seide, Kunststoff), so daß die Nähte entfernt werden müssen. Nach allen Augenoperationen kann vorübergehend die Fähigkeit zum Steuern eines Fahrzeuges stark beeinträchtigt sein, so daß in jedem Falle vor Wiederaufnahme der Fahrtätigkeit Rücksprache mit dem behandelnden Augenarzt genommen werden muß.

Kataraktoperation
Zu den normalen Folgen jeder Staroperation gehören: Nach der Operation sieht man alles größer und näher, Entfernungen werden deshalb zunächst falsch eingeschätzt, ein Vorbeitreten an Treppenstufen oder am Bürgersteig ist möglich. Das Sehen muß durch eine Brille oder Haftschalen korrigiert werden. Für verschiedene Entfernungen (Ferne, Nähe) braucht man verschiedene Brillen. Bei einseitiger Staroperation ist nur mit Einpflanzen einer Kunststofflinse oder einer Haftschale ein gutes Sehen zu erreichen, nicht mit einer Brille. Diese oder eine Haftschale können endgültig erst nach einigen Wochen verordnet werden. Bei Krankheiten der Netzhaut, durch grünen Star, durch Zuckerkrankheit oder durch Degeneration der Netzhautmitte, sowie bei Schwachsichtigen kann die Staroperation kein volles Sehvermögen bringen. Bei oder nach einer Operation wegen grauen Star (Katarakt) kann die Pupille entrundet sein. Die Hornhaut kann sich trüben. Falls die Linse nicht vollständig entfernt werden kann, ist eine weitere Operation wegen Nachstar nötig. Der Augeninnendruck kann nach der Operation dauernd erhöht sein, was die dauernde Anwendung von Medikamenten oder eine Operation nötig machen kann. Bei vorhandenen Degenerationen der Netzhaut und/oder Kurzsichtigkeit ist die Gefahr einer Netzhautablösung größer als vor der Operation.

Besondere Risikofaktoren, die sich bei mir während oder nach der Operation auswirken können, wie

_____

sind mir bekannt.

Einverständniserklärung zu einer Kataraktoperation
Ich bin mit der bei mir/bei meinem Kind vorgesehenen Operation am grauen Star (Katarakt) einverstanden.
Ich wurde über Notwendigkeit, Zweck und Umfang der Operation, ihre Chancen, Risiken und Nachwirkungen im allgemeinen und in meinem speziellen Fall ausreichend aufgeklärt. Dadurch fühle ich mich in die Lage versetzt, eine selbständige und unbeeinflußte Entscheidung zur Bewilligung des geplanten Eingriffs abzugeben. Über andere in Betracht kommende Behandlungsmöglichkeiten sowie über mögliche Komplikationen bei oder nach der Operation wurde ich umfassend aufgeklärt; die aufgeführten Erläuterungen zu meiner Operation habe ich verstanden. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, mich mit dem Arzt über die Operation zu unterhalten; an den Operateur habe ich keine weiteren Fragen. Mir ist bekannt, daß jede Operation ein gewisses Risiko bietet und eine Gewähr für den gewunschten Erfolg der Operation nicht gegeben werden kann. Ich kenne auch die Folgen und Risiken, die ohne Operation auf mich zukommen können.

_____, den _____

_____
Unterschrift des Arztes
(der das Aufklärungsgespräch geführt hat)

_____
Unterschrift des Patienten
(bzw. Sorgeberechtigten)

Nach einem Text der Univ.-Augenklinik Wurzburg, Direktor Prof. Dr. Dr. h.c. W. Leydhecker

Gedruckt und zur Verfugung gestellt von Dr. Thilo, Sauerlach b. Munchen
Copyright Dr. Kaden Verlag
10 81

Abb. 2

PATIENTENINFORMATION UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG GLAUKOMOPERATION

Allgemeines
Es liegt bei Ihnen ein grüner Star (Glaukom) vor. Bei der Krankheit ist der Abfluß des Kammerwassers aus dem Auge behindert, was eine schädliche Steigerung des Augeninnendruckes zur Folge hat. Die Veranlagung zum Entstehen der Krankheit im Alter kann vererbt werden. Ein Glaukom kann auch als Folge anderer Augenerkrankungen entstehen: z.B. Entzündung, Verletzung, Gefäßleiden am Auge. Bei der häufigsten Glaukomform wird der Kammerwasserabfluß mit zunehmendem Alter verlegt, der Augeninnendruck steigt langsam auf höhere Werte an, die Krankheit verläuft schleichend. Der Kranke selbst spürt meist wenig, das zentrale Sehen bleibt jahrelang erhalten und Schädigungen machen sich nur in Ausnahmefällen im Gesichtsfeld bemerkbar. Es gibt aber noch eine ganz andere Glaukomform, den „akuten Glaukom-Anfall". Nur beim akuten Glaukomanfall treten heftige Kopfschmerzen und u. U. eine Trübung der Hornhaut auf. Der Augeninnendruck steigt plötzlich auf sehr hohe Werte an. – Wenn ein zu hoher Augeninnendruck ohne Behandlung andauert, tritt ein allmählich zunehmender Schwund des Sehnervs ein, der bis zur Erblindung führen kann.
Das Glaukom wird entweder durch Medikamente, die den Augeninnendruck senken, oder durch eine Operation behandelt, die den Abfluß aus dem Auge wiederherstellt.
Bei einfachem Glaukom wird man möglichst medikamentös behandeln unter laufender Kontrolle des Augeninnendruckes. Zur Operation entschließt man sich nur, wenn Medikamente nicht mehr ausreichen. Bei den meisten Operationen wird für das Wasser aus dem Auge ein neuer Abfluß nach außen geschaffen: das sogenannte Sickerkissen. Hierfür gibt es verschiedene Operationsmethoden, aus denen der Operateur die für Sie geeignete auswählt.
Bei der zweiten wichtigen Glaukomform, dem Glaukomanfall, muß der Augeninnendruck möglichst schnell, innerhalb von Stunden, durch Medikamente gesenkt werden. Die anschließende Operation beugt einem weiteren Glaukomanfall vor.
Bei einfachem Glaukom erwarten wir, daß durch die Operation bei ca. 70% der Augeninnendruck ohne Medikamente und bei weiteren 20% mit Augentropfen normalisiert werden kann. Bei 10% kann eine Nachoperation notwendig werden.

Mögliche Komplikationen bei oder nach einer Augen-Operation
Bei *allen Operationen* am Auge können Blutungen an oder im Auge vorkommen, sehr selten Infektionen, sowie die Unverträglichkeit von Nahtmaterial (Seide, Kunststoff), so daß die Nähte entfernt werden müssen. Nach allen Augenoperationen kann vorübergehend die Fähigkeit zum Steuern eines Fahrzeuges stark beeinträchtigt sein, so daß in jedem Falle vor Wiederaufnahme der Fahrtätigkeit Rücksprache mit dem behandelnden Augenarzt genommen werden muß.

Operation wegen grünem Star
Nach einer Operation wegen grünem Star werden Sehschärfe und Gesichtsfeld in der Regel nicht besser. Die Operation dient nur zur Drucknormalisierung und dadurch zum Bewahren der noch vorhandenen Funktion (Sehschärfe, Gesichtsfeld). Die Drucknormalisierung kann nicht bei allen Augen erreicht werden, weshalb noch drucksenkende Medikamente oder eine weitere Operation nötig sein können. Linsentrübungen können zunehmen. Bei zu niedrigem Augeninnendruck können Netzhaut- oder Linsenveränderungen eine Nachoperation erfordern. Selten verlegt die Linse den neugeschaffenen Abfluß und muß dann entfernt werden. An dem Sickerkissen, dem neugeschaffenen Abfluß des Kammerwassers unter die Bindehaut, können sich später eine Entzündung oder eine Fistel entwickeln, weshalb eine Operation nötig werden könnte.
Besondere Risikofaktoren, die sich bei mir bei oder nach der Operation auswirken können, wie

_____

sind mir bekannt.

Einverständniserklärung zu einer Glaukom-Operation
Ich bin mit der bei mir/bei meinem Kind vorgesehenen Operation am grünen Star (Glaukom) einverstanden.
Ich wurde über Notwendigkeit, Zweck und Umfang der Operation, ihre Chancen, Risiken und Nachwirkungen im allgemeinen und in meinem speziellen Fall ausreichend aufgeklärt. Dadurch fühle ich mich in die Lage versetzt, eine selbständige und unbeeinflußte Entscheidung zur Bewilligung des geplanten Eingriffs abzugeben. Über andere in Betracht kommende Behandlungsmöglichkeiten sowie über mögliche Komplikationen bei oder nach der Operation wurde ich umfassend aufgeklärt; die aufgeführten Erläuterungen zu meiner Operation habe ich verstanden. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, mich mit dem Arzt über die Operation zu unterhalten; an den Operateur habe ich keine weiteren Fragen. Mir ist bekannt, daß jede Operation ein gewisses Risiko bietet und eine Gewähr für den gewünschten Erfolg der Operation nicht gegeben werden kann. Ich kenne auch die Folgen und Risiken, die ohne Operation auf mich zukommen können.

_____, den _____

_____
Unterschrift des Arztes
(der das Aufklärungsgespräch geführt hat)

_____
Unterschrift des Patienten
(bzw. Sorgeberechtigten)

Nach einem Text der Univ.-Augenklinik Wurzburg, Direktor Prof. Dr. Dr. h.c. W. Leydhecker.

Gedruckt und zur Verfugung gestellt von Dr. Thilo Sauerlach b. Munchen
Copyright Dr. Kaden Verlag

Abb. 3 Fragebogen zur präoperativen Aufklärung bei Katarakt und Glaukom.

Angaben zum Patienten

Name:	Verständnisfähigkeit	gut
Alter:		schlecht
Beruf/Schulbildung:	Stimmung	ängstlich
Aufklärungszeit:		gelassen
	Risikofaktor:	

Teil a) Fragen unmittelbar nach dem Aufklärungsgespräch

---

1) Haben Sie das Gefühl, umfassend und Ihrem Verständnis angemessen aufgeklärt worden zu sein?	ja nein
2) Hätte Ihnen eine mündliche Aufklärung ohne detaillierte Erläuterung der möglichen Komplikationen genügt?	ja nein
3) Fanden Sie die schriftliche Aufklärung	zu ausführlich? wenig ausführlich? angemessen?
4) Wurde Ihnen durch die schriftlich festgelegte Aufklärung die Einwilligung zur Operation leichter oder eher schwerer?	Leichter Schwerer Unverändert
5) Hat das Wissen über die Risiken der Operation dazu geführt, daß Sie zunächst die Operation ablehnen wollten?	ja nein weiß nicht
6) Wäre Ihnen eine umfassende Aufklärung wesentlich früher als schon beim Verabreden des stationären Aufnahmetermins lieber gewesen?	ja nein gleichgültig wann
7) Wie lange vor der Operation wäre Ihnen die Aufklärung am liebsten?	Tage/Wochen Wochen/Monate gleichgültig wann
8) Hätten Sie gerne gehabt, daß Ihnen die Aufklärung nach Hause mitgegeben wird?	ja/nein /keine Antwort
9) Glauben Sie, daß die Besprechung möglicher Komplikationen anhand des Aufklärungsblattes mit Ihren Angehörigen Ihre Scheu vor der Operation gesteigert hätte?	ja/nein /vielleicht /keine Antwort
10) Hat die Form der ausführlichen schriftlichen und mündlichen Aufklärung Ihr Vertrauen in Klinik und behandelnde Ärzte geschwächt oder verstärkt?	geschwächt verstärkt unverändert

Abb. 3 (Fortsetzung)

11) Wäre diese Form der ausführlichen Aufklärung, auch wenn ihr Inhalt für Sie anfangs erschreckend sein mag, ein wesentlicher Grund dafür, sich oder ihre Angehörigen erneut in dieser Klinik operieren zu lassen?	ja nein unverändert
12) Sehen Sie eine Möglichkeit, die Aufklärung, wie sie hier üblich ist, noch zu verbessern?	ja nein wenn ja, wie?

Teil b) Fragen 4 - 6 Tage nach der Operation

13) Wurden Sie von Ihrem Augenarzt vor der stationären Aufnahme über Ihre Krankheit ausreichend aufgeklärt?	ja nein weiß nicht
14) Erwarten Sie, daß die Ärzte Ihnen Ihre Krankheit ausführlich erklären oder wäre es Ihnen lieber, nicht ausführlich aufgeklärt zu werden?	ausführlich nicht ausführlich
15) Erwarten Sie, von dem Operateur persönlich aufgeklärt zu werden, oder genügt Ihnen die Aufklärung durch einen anderen Arzt?	Operateur anderer Arzt
16) Würde Ihnen auch ein ausführliches Merkblatt genügen, das Ihnen vielleicht eine Person Ihrer Wahl vorliest, und Sie noch offene Fragen mit dem Arzt besprechen?	ja nein weiß nicht
17) Hätten Sie etwas dagegen, zusammen mit anderen Patienten, die am gleichen Tag operiert werden, aufgeklärt zu werden?	ja nein
18) Wünschen Sie bei den Informationen Angaben in Prozent, wie oft z. B. eine Komplikation vorkommt?	ja nein weiß nicht
19) Haben Sie die Angaben in Prozent bei der Erläuterung des Operationserfolgs beruhigt oder beunruhigt?	beruhigt beunruhigt unverändert

Abb. 3 (Fortsetzung)

Teil c) Fragen nach dem Erinnerungsvermögen und dem Verständnis der Patienten 4 - 6 Tage nach der Operation.

bei Katarakt	bei Glaukom	Ergebnis
1) Bei Ihrer Krankheit, dem grauen Star, ist im Auge die Linse getrübt.	1) Bei Ihrer Krankheit, dem grünen Star, ist im Auge der Druck gesteigert.	richtig falsch weiß nicht
2) Bei Ihrer Krankheit, dem grauen Star, ist die Hornhaut aufgequollen.	2) Bei Ihrer Krankheit, dem grünen Star, ist im Auge der Abfluß des Kammerwassers gesteigert.	richtig falsch weiß nicht
3) Bei einem grauen Star kann das Leiden nur durch eine Operation behandelt werden.	3) Bei einem Glaukom kann das Leiden durch eine Operation behandelt werden.	richtig falsch weiß nicht
4) Bei einem grauen Star wird so lange wie möglich mit Medikamenten behandelt.	4) Bei einem Glaukom wird so lange wie möglich mit Medikamenten behandelt.	richtig falsch weiß nicht
5) Bei der Operation wird die Augenlinse entfernt.	5) Nach der Glaukomoperation wird das Sehvermögen (Sehschärfe, Gesichtsfeld) besser.	richtig falsch weiß nicht
6) Nach der Staroperation werden auch bei guter Sehkraft in den ersten Monaten Entfernungen falsch eingeschätzt.	6) Die Glaukomoperation dient zur Bewahrung der noch vorhandenen Sehfunktionen.	richtig falsch weiß nicht
7) Ein Autofahrer darf nach Staroperation bei guter Sehkraft sofort wieder ein Fahrzeug steuern.	7) Ein Autofahrer darf nach der Operation sofort wieder ein Fahrzeug steuern	richtig falsch weiß nicht
8) Nach der Staroperation kann vorübergehend der Augeninnendruck erhöht sein.	8) Nach der Operation kann in seltenen Fällen eine Infektion am Auge auftreten.	richtig falsch weiß nicht
9) Wie hoch ist bei der Staroperation die Wahrscheinlichkeit des Operationserfolgs?	9) Wie hoch ist bei der Operation bei einfachem Glaukom die Wahrscheinlichkeit des Operationserfolgs?	50% bzw. 30% 80% bzw. 50% 95% bzw. 70-90% weiß nicht

Abb. 4 Fragebogen zur Buchinformation bei Glaukom

Sie haben das Buch "Alles über grünen Star" von Prof. Leydhecker von uns zum Lesen bekommen. Wir möchten Sie bitten, nach dem Lesen des Buches einige Fragen zu beantworten.

Sie sollen bei jeder Frage nur jeweils eine für Sie zutreffende Aussage ankreuzen (Ausnahme bei Frage 3). Die Angaben zur Person bleiben anonym und werden nur zu statistischen Zwecken verwendet.

Alter: Geschlecht:

Beruf/Schulbildung: Privat/Allgemein:

Teil a) Fragen unmittelbar nach Lektüre des Buches:

---

1) Wieviel Informationen haben Sie über Ihre Krankheit während der bisherigen Behandlung erhalten? viel ○ wenig ○ gar keine ○

2) Ich möchte gerne ausführliche Informationen über das Glaukom in Form eines Buches erhalten. ○
Mir genügt eine mündliche Mitteilung durch den Arzt. ○

3) Ich lege besonderen Wert auf folgende Auskünfte:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Auskünfte über

- -die Ursachen des Glaukoms ○
- -mögliche Verlaufsformen des Glaukoms ○
- -verschiedene Behandlungsmethoden ○
- -die Wirkungsweise einzelner Medikamente ○
- -die verschiedenen Operationsmethoden ○
- -mögliche Komplikationen des Glaukoms ○
- -mein weiteres Verhalten bezüglich Arbeit ○
- -der Ernährung ○
- -Lesen/Fernsehen ○
- -Rauchen/Alkohol ○
- -über ..... ○

Abb. 4 (Fortsetzung)

4) Das Buch ist sehr gut verständlich. ○
Das Buch ist zufriedenstellend verständlich. ○
Ich habe das Buch nicht verstanden. ○

5) Das Buch war im Umfang -zu ausführlich ○
-angemessen ○
-zu knapp ○

6) Das Buch hat alle meine Fragen beantwortet. ○
Das Buch hat einige Fragen offengelassen. ○
Wenn ja, welche?.....

7) Das Buch war mir eine wesentliche Hilfe im Umgang mit meiner Krankheit. ○
Ich komme auch ohne ein solches Buch gleichgut zurecht. ○

8) Das Buch brachte mir Auskünfte, die ich noch nicht kannte. ○
Das Buch brachte mir keine neuen Auskünfte. ○

9) Ich habe das Gefühl, daß ich bisher über die Krankheit richtig informiert war. ○
Ich habe das Gefühl, daß ich bisher in einigen Fragen falsch oder unzulänglich beraten war. ○

10) Ich habe das Gefühl, in der Behandlung meiner Krankheit bisher alles richtig gemacht zu haben. ○
Ich habe das Gefühl, bisher Fehler gemacht zu haben. ○

11) Eine solche Buchinformation stärkt mein Vertrauen in die ärztliche Behandlung. ja ○ nein ○

12) Ich kann mich nach dem Lesen dieses Buches besser mit dem Arzt verständigen und ihn gezielt um Auskünfte bitten. ja ○ nein ○

Abb. 4 (Fortsetzung)

13) Ich wünsche nach dem Lesen dieses Buches ein ausführliches Gespräch mit einem Arzt über neu aufgeworfene Fragen. ○

Mir ist alles klar, so daß ich keine weiteren Fragen an den Arzt habe. ○

14) Ich mache mir nach dem Lesen dieses Buches weniger Sorgen über den weiteren Verlauf meiner Krankheit.

ja ○
nein ○

Abb. 4 (Fortsetzung)

Teil b) Nachbefragung 4 - 6 Tage nach Lektüre des Buches:

	Stimmt	stimmt nicht	weiß nicht
1) Bei einem Glaukom ist im Auge			
A) der Druck gesteigert	○	○	○
B) der Wasserabfluß gesteigert	○	○	○
2) Bei einem Glaukom			
A) kann das Leiden nur durch eine Operation behandelt werden.	○	○	○
B) wird so lange wie möglich mit Medikamenten behandelt.	○	○	○
3) Der durchschnittliche Augeninnen- innendruck im normalen Auge beträgt			
A) 5 - 10 mm Hg	○		
B) 10 - 20 mm Hg	○		
C) 20 - 30 mm Hg	○		
4) Das Gesichtsfeld ist der Raum,			
A) den man durch Kopf- und Augen- drehungen überblicken kann	○	○	○
B) den man bei ruhig gehaltenem Kopf und Auge überblicken kann.	○	○	○
5) Bei der Glaukomkrankheit			
A) darf ich keinen Kaffee/Tee bzw. Alkohol zu mir nehmen.	○	○	○
B) darf ich Kaffee/Tee/Alkohol in mäßigen Mengen trinken.	○	○	○

Abb. 4 (Fortsetzung)

	stimmt	stimmt nicht	weiß nicht
6) Bei einfachem Glaukom			
A) spürt der Kranke meistens die Drucksteigerung	○	○	○
B) kann der Arzt die Drucksteigerung mit dem Finger tasten.	○	○	○
7) Zur Druckkontrolle gehe ich			
A) kurz ehe wieder Tropfen fällig wären	○	○	○
B) 1 - 2 Std. nach dem Tropfen	○	○	○
8) Der Augeninnendruck zeigt eine Tagesschwankung und ist meist			
A) morgens am höchsten	○	○	○
B) abends am höchsten	○	○	○
9) Das Sickerkissen			
A) leitet im gesunden Auge das Kammerwasser in den Tränenkanal.	○	○	○
B) ist der bei der Operation neu geschaffene Abfluß des Kammerwassers unter die Bindehaut.	○	○	○
10) Durch Fernsehen			
A) wird der Augeninnendruck nicht wesentlich beeinflußt.	○	○	○
B) kann der Augeninnendruck beträchtlich ansteigen.	○	○	○

Tabelle 1 [1]

Art und Häufigkeit der intraoperativen Komplikationen

Glaskörperverlust	4,93 %
Ruptur der Linsenkapsel	4,27 %
Iristrauma	4,25 %
Pupillenentrundung	2,86 %
Vorderkammereinblutung	1,65 %
Glaskörpereinblutung	0,12 %
expulsive Blutung	0,023%

Tabelle 2 [1]

Spätkomplikationen nach Katarakt-Operationen
(1 - 3 Jahren nach Operation)

Sekundärglaukom	1,12 %
Hornhautdystrophie	1,12 %
Netzhautablösung	1,77 %
postoperative Endophthalmitis	0,44 %

[1] aus: Gramer u. Mitarb.: Erste Erfahrungen mit der schriftlichen Aufklärung des Patienten vor der Operation. Sitzungsbericht ...

Tabelle 3 Fragen nach der Vorinformation, der Bewertung der Aufklärung und nach Verbesserungsvorschlägen der Patienten.

Fragestellung	mögliche Antwort	Gesamt n = 118 %	Kataraktpatienten n = 64 %	n = 116*) %
Wurden Sie von Ihrem Augenarzt vor der stationären Aufnahme über Ihre Krankheit ausreichend aufgeklärt?	ja	37	38	
	nein	56	59	
	weiß nicht	7	3	
Haben Sie das Gefühl, umfassend und Ihrem Verständnis angemessen aufgeklärt worden zu sein?	ja	93	94	97
	nein	7	6	3
Sehen Sie eine Möglichkeit, die Aufklärung, wie sie hier üblich ist, noch zu verbessern?	ja	33	31	22
	nein	67	69	78

...genannt wurde bei Katarakt:

Informationen über Verhaltensweisen vor und nach der Operation	10
eine frühere Aufklärung	6
eine mehr individuelle Aufklärung	3
Merkblatt und Illustrationen	3
Aufklärung durch den Operateur	2

*) zusätzlich 52 Patienten aus der pilot-studie.

Ergebnisse

	Glaukom-patienten n = 54 %	Alter < 65 n = 52 %	> 65 n = 66 %	seelischer Zustand ängstlich n = 30 %	gelassen n = 88 %	Verständnis gut n = 94 %	schlecht n = 24 %
	37	48	29	30	40	42	21
	52	44	65	63	53	53	67
	11	8	6	7	7	5	12
	93	94	94	87	95	96	83
	7	6	6	13	5	4	17
	35	42	26	23	36	40	4
	65	58	74	77	64	60	96

bei Glaukom:

Merkblatt und Illustrationen	6
eine frühere Aufklärung	5
Auskünfte und spezielle Operationsmethoden	4
eine bessere Basisaufklärung	4
eine mehr individuelle Aufklärung	3
Aufklärung durch den Operateur	1

Tabelle 4 Fragen nach der gewünschten Ausführlichkeit der Aufklärung

Fragestellung	mögliche Antwort	Gesamt n = 118 %	Kataraktpatienten n = 64 %	n = 116* %
Erwarten Sie, daß die Ärzte Ihnen Ihre Krankheit ausführlich erklären, oder wäre es Ihnen lieber, nicht ausführlich aufgeklärt zu werden?	ausführlich	76	67	
	nicht ausführlich	24	33	
Fanden Sie die schriftliche Aufklärung	zu ausführl.	4	6	4
	angemessen	93	92	95
	zu knapp	3	2	1
Hätte Ihnen eine mündliche Aufklärung ohne detaillierte Erläuterung der möglichen Komplikationen genügt?	ja	32	34	31
	nein	68	66	69
Wünschen Sie bei den Informationen Angaben in Prozent, wie oft z. B. eine Komplikation vorkommt?	ja	28	23	
	nein	70	77	
	weiß nicht	2		

*) zusätzlich 52 Patienten aus der pilot-studie

Ergebnisse

Glaukom-patienten n = 54 %	Alter < 65 n = 52 %	> 65 n = 66 %	seelischer Zustand ängstlich n = 30 %	gelassen n = 88 %	Verständnis gut n = 94 %	schlecht n = 24 %
87	87	68	60	82	85	42
13	13	32	40	18	15	58
2	2	6	10	2	1	17
94	94	92	87	96	97	79
4	4	2	3	2	2	4
30	19	42	43	28	22	71
70	81	58	57	72	78	29
33	35	23	20	31	30	21
63	65	74	80	67	68	79
4		3		2	2	

Tabelle 5 Fragen nach dem gewünschten Zeitpunkt der Aufklärung

Fragestellung	mögliche Antwort	Gesamt n = 118 %	Kataraktpatienten n = 64 %	Kataraktpatienten n = 116*) %
Wäre Ihnen eine umfassende Aufklärung wesentlich früher, also schon beim Verabreden des stationären Aufnahmetermins, lieber gewesen?	ja	34	33	36
	nein	66	67	54
	gleichgültig			10
Wie lange vor der Operation wäre Ihnen die Aufklärung am liebsten?	Tage	69	69	65
	Wochen	21	17	14
	Monate	9	14	14
	gleichgültig	1	-	7
Hätten Sie gern gehabt, daß Ihnen die schriftliche Aufklärung nach Hause mitgegeben wird?	ja	64	56	46
	nein	36	44	53
	weiß nicht			1

*) zusätzlich 52 Patienten aus der pilot-studie

	Glaukom-patienten n = 54 %	Alter <65 n = 52 %	>65 n = 66 %	seelischer Zustand ängstlich n = 30 %	gelassen n = 88 %	Verständnis gut n = 94 %	schlecht n = 24 %
	35	46	24	30	35	37	21
	65	54	76	70	65	63	79
	68	60	76	70	68	68	71
	26	29	15	27	19	20	25
	4	11	8	3	12	12	-
	2	-	1	-	1	-	4
	74	69	61	63	65	72	33
	26	31	39	37	35	28	67

Tabelle 6 Fragen nach der gewünschten Form der Aufklärung

Fragestellung	mögliche Antwort	Gesamt n = 118 %	Kataraktpatienten n = 64 %	n = 116*) %
Würde Ihnen auch ein ausführliches Merkblatt genügen, das Ihnen vielleicht eine Person Ihrer Wahl vorliest, und Sie noch offene Fragen mit dem Arzt besprechen?	ja	84	86	
	nein	14	13	
	weiß nicht	2	1	
Erwarten Sie, von dem Operateur persönlich aufgeklärt zu werden, oder genügt Ihnen die Aufklärung durch einen anderen Arzt?	Operateur	20	16	
	anderer Arzt	80	84	
Hätten Sie etwas dagegen, zusammen mit anderen Patienten, die am gleichen Tag operiert werden, aufgeklärt zu werden?	ja	19	12	
	nein	81	88	

*) zusätzlich 52 Patienten aus der pilot-studie

	Glaukom-patienten n = 54 %	Alter < 65 n = 52 %	> 65 n = 66 %	seelischer Zustand ängstlich n = 30 %	gelassen n = 88 %	Verständnis gut n = 94 %	schlecht n = 24 %
	81	81	86	87	83	83	88
	17	19	11	13	15	16	8
	2	-	3	-	2	1	4
	26	21	20	20	20	24	4
	74	79	80	80	80	76	96
	28	25	15	23	18	21	12
	72	75	85	77	82	79	88

Tabelle 7

Fragen nach der Wirkung der Aufklärung auf das seelische Befinden des Patienten

Fragestellung	mögliche Antwort	Gesamt n = 118 %	Kataraktpatienten n = 64 %	Kataraktpatienten n = 116*) %
Wurde Ihnen durch die ausführliche Form der Aufklärung die Einwilligung zur Operation leichter oder schwerer?	leichter	41	39	57
	schwerer	3	2	2
	unverändert	56	59	41
Hat das Wissen über die Risiken der Operation dazu geführt, daß Sie zunächst die Operation ablehnen wollten?	ja	-	-	-
	nein	92	92	96
	weiß nicht	8	8	4
Haben Sie die Angaben in Prozent bei der Erläuterung des Operationserfolgs beruhigt oder beunruhigt?	beruhigt	41	55	
	beunruhigt	2	-	
	unverändert	57	45	
Glauben Sie, daß die Besprechung der möglichen Komplikationen anhand des Aufklärungsblattes mit Ihren Angehörigen Ihre Scheu vor der Operation gesteigert hätte?	ja	11	14	12
	nein	83	84	81
	weiß nicht	6	2	7

*) zusätzlich 52 Patienten aus der pilot-studie

Ergebnisse

Glaukom-patienten n = 54 %	Alter <65 n = 52 %	>65 n = 66 %	seelischer Zustand ängstlich n = 30 %	gelassen n = 88 %	Verständnis gut n = 94 %	schlecht n = 24 %
43	42	39	43	40	45	25
5	4	3	7	2	3	4
52	54	58	50	58	52	71
–	–	–	–	–	–	–
91	92	91	83	94	93	88
9	8	9	17	6	7	12
24	22	32	33	43	46	21
6	2	3	7	1	2	4
70	76	65	60	56	52	75
7	10	12	7	13	14	–
82	86	80	86	82	81	92
11	4	8	7	5	5	8

Tabelle 8 Fragen nach der Wirkung der Aufklärung auf das Vertrauensverhältnis zum Arzt

Fragestellung	mögliche Antwort	Gesamt n = 118 %	Kataraktpatienten n = 64 %	n = 116*) %
Wurde Ihr Vertrauen zur Klinik und zu den behandelnden Ärzten in den letzten Jahren beeinträchtigt?	ja	24	23	
	nein	76	77	
Hat die Form der ausführlichen Patientenaufklärung Ihr Vertrauen in Klinik und behandelnde Ärzte geschwächt oder verstärkt?	verstärkt	59	48	66
	geschwächt	-	-	-
	unverändert	41	52	34
Wäre diese Form der Patientenaufklärung ein Grund dafür, sich oder Ihre Angehörigen erneut in dieser Klinik behandeln zu lassen?	ja	74	76	85
	nein	7	8	4
	weiß nicht	19	16	11

*) zusätzlich 52 Patienten aus der pilot-studie

E r g e b n i s s e

	Glaukom-patienten n = 54 %	Alter < 65 n = 52 %	> 65 n = 66 %	seelischer Zustand ängstlich n = 30 %	gelassen n = 88 %	Verständnis gut n = 94 %	schlecht n = 24 %
	24	27	21	33	20	29	4
	76	73	79	67	80	71	96
	72	71	50	47	64	68	20
	-	-	-	-	-	-	-
	28	29	50	53	36	32	80
	70	81	68	64	77	78	58
	8	8	8	13	6	5	17
	22	11	24	23	17	17	25

Tabelle 9

Erinnerungsvermögen und Verständnis der Katarakpatienten.

Vorgelegte Aussagen	mögliche Antwort	Ergebnis n = 64 %	Zutreffend beantwortet Gesamt %	<65 %	>65 %
Bei Ihrer Krankheit, dem grauen Star, ist im Auge die Linse getrübt.	richtig	83	83	96	73
	falsch	3			
	weiß nicht	14			
Bei Ihrer Krankheit, dem grauen Star, ist die Hornhaut aufgequollen.	richtig	13	40	56	30
	falsch	40			
	weiß nicht	47			
Bei einem grauen Star kann das Leiden nur durch eine Operation behandelt werden.	richtig	86	86	96	78
	falsch	1			
	weiß nicht	13			
Bei einem grauen Star wird so lange wie möglich mit Medikamenten behandelt.	richtig	5	73	78	70
	falsch	73			
	weiß nicht	22			
Bei der Operation wird die Augenlinse entfernt.	richtig	52	52	70	38
	falsch	1			
	weiß nicht	47			
Nach der Staroperation werden auch bei guter Sehkraft in den ersten Monaten Entfernungen falsch eingeschätzt.	richtig	70	70	85	60
	falsch	–			
	weiß nicht	30			
Ein Autofahrer darf nach Staroperation bei guter Sehkraft sofort wieder ein Fahrzeug steuern.	richtig	1	66	85	51
	falsch	66			
	weiß nicht	33			
Nach der Operation kann vorübergehend der Augeninnendruck erhöht sein.	richtig	28	28	37	22
	falsch	5			
	weiß nicht	67			
Wie hoch ist bei der Staroperation die Wahrscheinlichkeit des Operationserfolgs?	50 %	1	38	59	22
	80 %	22			
	95 %	38			
	weiß nicht	39			

Tabelle 10 Erinnerungsvermögen und Verständnis der Glaukompatienten

Vorgelegte Aussagen	mögliche Antwort	Ergebnis n = 54 %	Zutreffend beantwortet Gesamt %	< 65 %	> 65 %
Bei Ihrer Krankheit, dem grünen Star, ist im Auge der Druck gesteigert.	richtig	98	98	100	97
	falsch	-			
	weiß nicht	2			
Bei Ihrer Krankheit, dem grünen Star, ist im Auge der Abfluß des Kammerwassers gesteigert.	richtig	15	63	68	59
	falsch	63			
	weiß nicht	22			
Bei einem Glaukom kann das Leiden durch eine Operation behandelt werden.	richtig	13	59	84	38
	falsch	59			
	weiß nicht	28			
Bei einem Glaukom wird so lange wie möglich mit Medikamenten behandelt.	richtig	87	87	84	90
	falsch	7			
	weiß nicht	6			
Nach der Glaukomoperation wird das Sehvermögen (Sehschärfe, Gesichtsfeld) besser.	richtig	11	65	84	48
	falsch	65			
	weiß nicht	24			
Die Glaukomoperation dient zur Bewahrung der noch vorhandenen Sehfunktionen.	richtig	74	74	88	62
	falsch	2			
	weiß nicht	24			
Ein Autofahrer darf nach der Operation sofort wieder ein Fahrzeug steuern.	richtig	2	85	92	79
	falsch	85			
	weiß nicht	13			
Nach der Operation kann in seltenen Fällen eine Infektion am Auge auftreten.	richtig	63	63	72	55
	falsch	2			
	weiß nicht	35			
Wie hoch ist bei der Operation bei einfachem Glaukom die Wahrscheinlichkeit des Operationserfolgs?	30 %	-	50	60	41
	50 %	9			
	70-90 %	50			
	weiß nicht	41			

Tabelle 11

Durchschnittliche Wiedergabe von Informationen bei Katarakt- und Glaukompatienten.

	Gesamt		< 65		> 65	
	Kat.	Glauk.	Kat.	Glauk.	Kat.	Glauk.
zutreffend	60 %	72 %	73 %	81 %	49 %	63 %
nicht zutreffend	6 %	7 %	4 %	7 %	8 %	7 %
weiß nicht	34 %	21 %	23 %	12 %	43 %	30 %

Tabelle 12

Fragen nach der Vorinformation der Patienten und dem Interesse an einer ausführlichen Buchinformation.

Fragestellung	mögliche Antwort	Ergebnisse		
		Gesamt n = 52 %	<65 n = 31 %	>65 n = 21 %
Wieviel Informationen haben Sie über Ihre Krankheit während der bisherigen Behandlung erhalten?	viel	21	26	14
	wenig	64	65	62
	gar keine	15	9	24
Ich möchte gerne ausführliche Informationen über das Glaukom in Form eines Buches erhalten.		73	74	71
Mir genügt eine mündliche Mitteilung durch den Arzt.		27	26	29
Ich lege besonderen Wert auf folgende Auskünfte:				
- mögliche Verlaufsformen des Glaukoms		90		
- mögliche Komplikationen des Glaukoms		83		
- mein Verhalten bezüglich Arbeit		81		
- mein Verhalten bezüglich Lesen/Fernsehen		77		
- verschiedene Behandlungsmethoden		75		
- mein Verhalten bezüglich der Ernährung		75		
- die Wirkungsweise einzelner Medikamente		69		
- die Ursachen des Glaukoms		67		
- die verschiedenen Operationsmethoden		63		
- mein Verhalten bezüglich Rauchen/Alkohol		42		

Zusätzlich wurden genannt:

Auskünfte über Verhaltensmaßregeln bei Arbeit, Sport, Reisen, Autofahren u.a. (13 mal), über die langfristige Prognose (4 mal), über Einflüsse von Klima und Sonneneinstrahlung (2 mal), über Zusammenhänge mit anderen Augenkrankheiten (2 mal).

Tabelle 13 Fragen nach der Verständlichkeit und Ausführlichkeit des Buchtextes.

Fragestellung	mögliche Antwort	Ergebnisse Gesamt n = 52 %	<65 n = 31 %	>65 n = 21 %
Das Buch ist sehr gut verständlich.		79	87	67
Das Buch ist zufriedenstellend verständlich.		21	13	33
Ich habe das Buch nicht verstanden.		-	-	-
Das Buch war im Umfang	zu ausführlich	15	10	24
	angemessen	85	90	76
	zu knapp	-	-	-
Das Buch hat alle meine Fragen beantwortet.		73	71	76
Das Buch hat einige Fragen offengelassen.		27	29	24

Wenn ja, welche?

Genannt wurden:

Fragen zur speziellen Operationsindikation	4 mal
Fragen zur langfristigen Prognose	3 mal
Fragen über Zusammenhang mit anderen Augenkrankheiten	3 mal
Spezielle Risiken der Operation und Narkose	2 mal
Seelische Einflüsse auf die Krankheit	2 mal
Auswirkung von körperlicher Arbeit, Rauchen	1 mal
Belastung für das gesunde Auge	1 mal

Tabelle 14

Fragen nach der Wirkung der Buchinformation auf die Krankheitsbewältigung der Patienten.

Fragestellung	mögliche Antwort	Ergebnisse Gesamt n = 52 %	<65 n = 31 %	>65 n = 21 %
Das Buch war mir eine wesentliche Hilfe im Umgang mit meiner Krankheit.		95	90	100
Ich komme auch ohne ein solches Buch gleichgut zurecht.		5	10	-
Das Buch brachte mir Auskünfte, die ich noch nicht kannte.		100		
Das Buch brachte mir keine neuen Auskünfte.		-		
Ich habe das Gefühl, daß ich bisher über die Krankheit richtig informiert war.		23	23	24
Ich habe das Gefühl, daß ich bisher in einigen Fragen falsch oder unzulänglich beraten war.		56	54	57
	Keine Antwort	21	23	19
Ich habe das Gefühl, in der Behandlung meiner Krankheit bisher alles richtig gemacht zu haben.		52	48	57
Ich habe das Gefühl, bisher Fehler gemacht zu haben.		31	39	19
	Keine Anwort	17	13	24

Tabelle 15

Fragen nach der Wirkung der Buchinformation auf das Arzt-Patienten-Verhältnis.

Fragestellung	mögliche Antwort	Ergebnisse		
		Gesamt n = 52 %	<65 n = 31 %	>65 n = 21 %
Eine solche Buchinformation stärkt mein Vertrauen in die ärztliche Behandlung.	ja	90	90	90
	nein	10	10	10
Ich kann mich nach dem Lesen dieses Buches besser mit dem Arzt verständigen und ihn gezielt um Auskunft bitten.	ja	86	87	86
	nein	8	10	5
	weiß nicht	6	3	9
Ich wünsche nach dem Lesen dieses Buches ein ausführliches Gespräch mit einem Arzt über neu aufgeworfene Fragen.		58	71	38
Mir ist alles klar, so daß ich keine weiteren Fragen an den Arzt habe.		31	19	48
	Keine Antwort	11	10	14
Ich mache mir nach dem Lesen dieses Buches weniger Sorgen über den weiteren Verlauf meiner Krankheit.	ja	58	62	52
	nein	29	19	43
	weiß nicht	13	19	5

Tabelle 16

Nachbefragung zum Erinnerungsvermögen und Verständnis der Patienten nach Buchinformation.

Vorgelegte Aussagen	Antwort	Ergebnisse		
Fragen zum Grundverständnis		Gesamt n = 52 %	< 65 n = 31 %	> 65 n = 21 %
1) Bei einem Glaukom ist im Auge				
A) der Druck gesteigert	zutreffend	75	81	67
B) der Wasserabfluß gesteigert	nicht zutreff.	6	3	9
	nicht gewußt	19	16	24
2) Bei einem Glaukom				
A) kann das Leiden nur durch eine Operation behandelt werden.	zutreffend	81	84	76
B) wird so lange wie möglich mit Medikamenten behandelt.	nicht zutreff.	4	3	5
	nicht gewußt	15	13	19
3) Der durchschnittliche Augeninnendruck im normalen Auge beträgt				
A) 5 - 10 mm Hg	zutreffend	90	90	90
B) 10 - 20 mm Hg	nicht zutreff.	4	3	5
C) 20 - 30 mm Hg	nicht gewußt	6	7	5
4) Das Gesichtsfeld ist der Raum,				
A) den man durch Kopf- und Augendrehungen überblicken kann	zutreffend	77	81	71
B) den man bei ruhig gehaltenem Kopf und Auge überblicken kann.	nicht zutreff.	6	6	5
	nicht gewußt	17	13	24

Vorgelegte Aussagen	Antwort	Ergebnisse		
		Gesamt n = 52 %	< 65 n = 31 %	> 65 n = 21 %
5) Bei der Glaukomkrankheit				
A) darf ich keinen Kaffee/ Tee bzw. Alkohol zu mir nehmen.	zutreffend	77	81	71
	nicht zutreff.	11,5	13	10
B) darf ich Kaffee/Tee bzw. Alkohol im mäßigen Mengen trinken.	nicht gewußt	11,5	6	19
Fragen zum Detailverständnis				
6) Bei einem einfachen Glaukom				
A) spürt der Kranke meistens die Drucksteigerung	zutreffend	50	52	48
B) kann der Arzt die Drucksteigerung mit dem Finger tasten.	nicht zutreff.	33	29	38
	nicht gewußt	17	19	14
7) Zur Druckkontrolle gehe ich				
A) kurz ehe wieder Tropfen fällig wären.	zutreffend	42	39	48
B) 1 - 2 Std. nach dem Tropfen	nicht zutreff.	25	32	14
	nicht gewußt	33	29	38
8) Der Augeninnendruck zeigt eine Tagesschwankung und ist meist				
A) morgens am höchsten	zutreffend	63	68	57
B) abends am höchsten	nicht zutreff.	20	13	29
	nicht gewußt	17	19	14

Vorgelegte Fragen	Antwort	Ergebnisse		
		Gesamt n = 52 %	<65 n = 31 %	>65 n = 21 %
9) Das Sickerkissen				
A) leitet im gesunden Auge das Kammerwasser in den Tränenkanal.	zutreffend	38	55	14
	nicht zutreff.	16	13	19
B) ist der bei der Operation neu geschaffene Abfluß des Kammerwassers unter die Bindehaut.	nicht gewußt	46	32	67
10) Durch Fernsehen				
A) wird der Augeninnendruck nicht wesentlich beeinflußt.	zutreffend	50	48	52
	nicht zutreff.	29	32	24
B) kann der Augeninnendruck beträchtlich ansteigen.	nicht gewußt	21	20	24

Tabelle 17 Durchschnittliche Wiedergabe von Informationen nach Buchinformation.

Vorgelegte Fragen	Antwort	Ergebnisse		
		Gesamt n = 52 %	< 65 n = 31 %	> 65 n = 21 %
Fragen zum Grundverständnis (Fragen 1-5)	zutreffend	80	83	75
	nicht zutreff.	6	5	7
	nicht gewußt	14	12	18
Fragen zum Detailverständnis (Fragen 6-10)	zutreffend	49	52	44
	nicht zutreff.	24	24	25
	nicht gewußt	27	24	31
Gesamtdurchschnitt (Fragen 1-10)	zutreffend	64	68	59
	nicht zutreff.	16	14	16
	nicht gewußt	20	18	25

Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor Dr. G. K. Krieglstein für die Überlassung des Themas, für die freundliche Beratung bei der Abfassung der Arbeit und für die Übernahme des Referates.

Herrn Professor Dr. Dr. h. c. W. Leydhecker danke ich für wertvolle Hinweise und für die Übernahme des Korreferates.

Bei Herrn Dr. med. Dr. jur. E. Gramer bedanke ich mich für hilfreiche Anregungen bei der Erarbeitung der Methodik und Abfassung der Arbeit.

Lebenslauf

Ich wurde am 11. Juni 1955 als zweiter Sohn des Verwaltungsdirektors Richard Löhr und seiner Ehefrau Else geb. Kümmel in Stuttgart-Rohr geboren. Meine Eltern wohnen seit 1961 in Remshalden bei Stuttgart.

Von 1962 bis 1966 besuchte ich die Grundschule in Remshalden-Grunbach. Im April 1966 wechselte ich in das Gymnasium Schorndorf über. Dort wählte ich 1967 den neusprachlichen Zweig der Schule. Im Juni 1974 bestand ich die Reifeprüfung.

Vor Beginn meines Medizinstudiums arbeitete ich zunächst 7 Monate als Pflegehelfer im Kreiskrankenhaus Schorndorf. Das Studium der Medizin an der Universität Würzburg begann ich im Mai 1975. Im August 1977 bestand ich dort die Ärztliche Vorprüfung, im August 1978 den ersten Abschnitt und im März 1981 den zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung.

Am 5. Mai 1982 legte ich in Würzburg die Ärztliche Prüfung ab.

Würzburg, den 6. Mai 1982

Hans Löhr